H

к.н.

Ф.И.О.

Постоянный адрес

почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры

+7 ( )

Номер телефона: дом.

раб.

код города, населённого пункта код города, населённого пункта

+7 ( )

+7 ( )

моб.

Дата и место рождения Пол Семейное положение

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

число месяц год (населенный пункт)

e-mail: Профессия Место работы Занимаемая должность и точное описание служебных обязанностей

Код сектора экономики 9 . Признак резидентства Гражданство

резидент нерезидент ИИН

Документ, удостоверяющий личность №

Паспорт/удостоверение личности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

при наличии, указать страну резидентства и номер налогоплательщика

Новый клиент (ранее не был клиентом АО «КСЖ «Freedom Life»)

Клиент АО «КСЖ «Freedom Life» (Пожалуйста, укажите номер предыдущего договора страхования)

Ф.И.О. /Наименование ИИН/БИН

Постоянный адрес/Адрес местонахождения

почтовый индекс, название области, города, села, улицы, микрорайона, номер дома, квартиры

+7 ( )

Номер телефона: дом.

раб.

код города, населённого пункта код города, населённого пункта

+7 ( )

+7 ( )

моб.

Дата и место рождения Пол Семейное положение

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

число месяц год (населенный пункт)

e-mail: Профессия Место работы Занимаемая должность и точное описание служебных обязанностей

Код сектора экономики 9 . Признак резидентства Гражданство

от

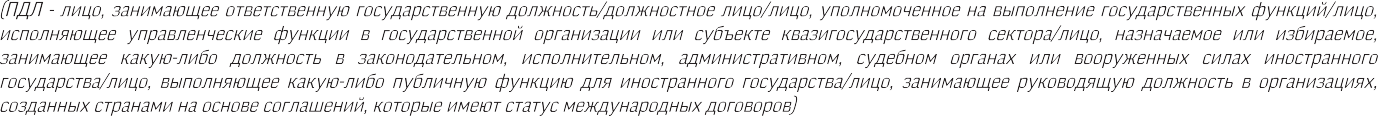
резидент нерезидент

Документ, удостоверяющий личность №

Паспорт/удостоверение личности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |



Сведения о бенефициарном собственнике: Выгодоприобретатель

Код сектора экономики ВЭД (вид экономической деятельности)

Банковские реквизиты:

Наличие бенефициарного собственника (лица, которому принадлежит более 25% доли участия в уставном капитале): Да Нет

(если «да», то указать Ф.И.О., гражданство, ИИН)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Документ, удостоверяющий личность № Орган и дата выдачи от

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |



(зарплата, доход от предпринимательской деятельности, дивиденды, иное)

Просим указать характер взаимоотношений (степень родства) лица и трахователя

Platinum Silver Standard 1 Standard 2 Тариф страхования:

Individual Family

Единовременно Ежемесячно Ежеквартально Раз в полугодие

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ваш рост/вес? (см/кг) | см./кг. | |
| 1. Наблюдалась ли у Вас непроизвольная потеря более 10% от массы тела за последние 12 месяцев? | Да | Нет |
| 2. Курите ли Вы на ежедневной основе (сигареты, сигары, трубку, кальян или другие никотиновые продукты / заместители)? | Да | Нет |
| 2.1. Как долго? | лет | |
| 2.2. Каково Ваше ежедневное количество потребляемых Вами табачных изделий? | штук | |
| 2.3. Если Вы бросили курить, укажите дату окончательного прекращения курения. | год | |
| 3. Заболевания или проблемы со здоровьем у биологических родственников первой степени (родителей, детей, братьев/сестер), такие как: сердечное заболевание, диабет, неврологическое нарушение, психическое расстройство, попытка суицида или суицид. В случае положительного ответа просьба указать степень вашего родства, заболевание и возраст, в котором было диагностировано заболевание или произошла смерть: | Да | Нет |
| 3.1. Рак и/или семейный аденоматозный полипоз (САП) у биологических родственников первой степени (родителей, детей, братьев/сестер)? В случае положительного ответа просьба указать степень вашего родства, заболевание и возраст, в котором было диагностировано заболевание или произошла смерть: | Да | Нет |
| 4. Расстройства, связанные с нарушением деятельности нервной системы и мозга, и дефекты развития, в том числе: эпилепсия, инсульт, паралич, рассеянный склероз, болезнь Гоше, атрофия мышц, болезнь Паркинсона, слабоумие, болезнь Альцгеймера, умственная отсталость, синдром Дауна, дефицит внимания, первазивные расстройства развития, нарушения развития и/или роста. | Да | Нет |
| 5. Психические заболевания, в том числе: депрессия, страхи, навязчивые идеи, шизофрения. | Да | Нет |
| 6. Легочные и системные заболевания, в том числе: астма (бронхит), хроническое обструктивное заболевание легких, эмфизема. | Да | Нет |
| 7. Кожные заболевания, в том числе: опухоли и/или язвы, псориаз, воспаления. | Да | Нет |
| 8. Повышенное/Пониженное кровяное давление, болезни сердца и сердечно-сосудистые заболевания, в том числе: гипертония, сердечный приступ, боль в груди, аритмия, врожденная аномалия, порок сердечного клапана, артериосклероз, аневризм аорты, тромбоз, варикозные вены, периферийное васкулярное заболевание. | Да | Нет |
| 9. Заболевания пищеварительной системы и грыжи, в том числе: рефлюкс, хроническое заболевание и/или кровотечение, геморрой, пилонидальный абсцесс, пищевод Барретта, язва желудка, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, хронический панкреатит, грыжи любых видов. | Да | Нет |
| 10. Заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков, в том числе: желтуха, гепатит, жировой метаморфоз печени, спленомегалия, цирроз печени, а также заболевание печени, спровоцированное употреблением алкоголя или наркотиков. | Да | Нет |
| 11. Заболевания почек и мочевой системы, в том числе: простата, мочекаменная болезнь, нефрит, энурез, кровь и/или белок в моче, поликистоз почек, амилоидоз, увеличение предстательной железы, крипторхизм. | Да | Нет |
| 12. Нарушения обмена веществ и эндокринные растройства, в том числе: диабет, ожирение, повышенное содержание триглицеридов в крови, заболевания щитовидной и паращитовидной железы, пролактинома, подагра. | Да | Нет |
| 13. Заболевания крови и иммунной системы, в том числе: анемия, проблемы со свертываемостью крови, расстройства иммунной системы. | Да | Нет |
| 14. Инфекционная и/или венерическая болезнь, включая туберкулез, ВИЧ, СПИД (включая носителей), постоянная высокая температура (лихорадка), хеликобактер, папиллома (HPV), вирус папилломы человека, гепатит, герпес (HHF8), вирус буллезного эпидермолиса, вирус Эпштейна-Барра. | Да | Нет |
| 15.Злокачественные заболевания и/или опухолевый злокачественный рост, в том числе: предраковые опухоли, рак, опухоль, лимфома, лейкемия, предраковое состояние (например, карцинома in situ, меланома in situ, отклоняющиеся от нормы результаты мазка по Папаниколау или анализа на внутриэпителиальную неоплазию шейки матки, колоректальные полипы) или постоянно увеличенные лимфоузлы, кисты или новообразования, постоянное ночное потообразование, кровь в моче или стуле или длительная диарея. | Да | Нет |



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 16. Заболевания опорно-двигательного аппарата, в том числе: заболевания позвоночника, заболевания костей, деформация костей таза, остеопороз. | | | | Да | Нет |
| 17. Нарушения зрения и/или патологии уха, горла и носа, в том числе: кератоконус, ухудшение зрения ниже -7, катаракта, рецидивирующий отит, рецидивирующий синусит, полипы, воспаления миндалин, синдром ночного апноэ. | | | | Да | Нет |
| 18. Заболевания половых и/или репродуктивных органов, в том числе: образования в груди, неменструальное кровотечение, миомы матки, существующая беременность, бесплодие (также у мужчин), неопустившееся яичко, варикоцеле. | | | | Да | Нет |
| 19. Ревматизм и/или мультисистемные заболевания и/или расстройства, в том числе: ревматический артрит, ревматизм, артрит, волчанка. | | | | Да | Нет |
| 20.Трансплантация органа, пересадка костного мозга. | | | | Да | Нет |
| 21. Злоупотребление наркотическими средствами (в настоящее время или в прошлом). | | | | Да | Нет |
| 22.  нет | время от времени | до 2 стаканов в день | более 2 стаканов в день |  | |
| 23. Подвергались ли Вы когда-либо и/или за последнее время воздействию химикатов и/или токсических веществ и/или газов, в том числе асбеста, разбавителей краски, бензола, винила, хлора, хрома, радона, пестицидов, кварцевой пыли, диоксинов, бериллия, никеля, радиации, в том числе ультрафиолетовому излучению, высокочастотному излучению, микроволновому излучению, воздействию электромагнитных полей линий электропередачи и т.п. (если да, то укажите подробнее) | | | | Да | Нет |

Для каждого вопроса, на который ответили «Да», пожалуйста, уточните ниже, заболевание, его начало, какие лекарства Вы принимаете или принимали, проходили ли Вы какую-либо операцию или лечение в связи с заболеванием, является ли заболевание врожденным или когда оно было впервые выявлено, находились ли Вы на больничном в связи с данным заболеванием и как долго, было ли рекомендовано какое-либо лечение в связи с данным заболеванием, имеете ли Вы степень инвалидности в связи с данным заболеванием. Пожалуйста, приложите актуальные медицинские выписки в связи с данным заболеванием и/или имеющиеся актуальные результаты патологических и\или радиологических исследований.

Пояснение к вопросу ( )

Пояснение к вопросу ( )

Пояснение к вопросу ( )

Пояснение к вопросу ( )



Я (Страхователь, Застрахованный) подтверждаю, что все сведения, указанные в заявлении на страхование и приложениях к заявлению являются достоверными и полными.

Я (Страхователь, Застрахованный) согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящем заявлении на страхование и приложениях к нему, будут являться неотъемлемой частью договора, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, АО "КСЖ "Freedom Life" (Страховщик) имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты.

Я (Страхователь, Застрахованный), подписывая настоящее заявление, выражаю свое добровольное согласие на использование (обработку, сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу и т.д.) АО «КСЖ «Freedom Life» и уполномоченными им третьими лицами всех (любых) моих персональных данных (Ф.И.О., контактные телефоны, места жительства, места работы, состояние здоровья, семейное положение, образование, хобби, род занятий и т.д., в том числе на обработку данных о состоянии здоровья и/или сведений, содержащихся в заявлении о страховании и/или договоре страхования, включая прилагаемые к ним документы, а также данных, содержащихся в документах предоставляемых мной в связи с наступлением страховых случаев) в целях заключения и дальнейшего сопровождения договора страхования, предоставления информации о страховых продуктах, о сроке действия договора и в иных целях, в том числе при непосредственном контакте или с помощью средств связи, и в иных случаях, не запрещённых законодательством РК.

В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан, Я (Страхователь, Застрахованный) (далее - Субъект) предоставляю согласие АО «КСЖ «Freedom Life», БИН 140940003807 (далее «Оператор/Страховщик»):

1. на сбор Страховщиком из всех источников и обработку (в т.ч. накопление, хранение, изменение, дополнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение) Страховщиком информации, относящейся к моим персональным данным на электронном, бумажном и любом ином носителе (далее – Информация);
2. на сбор, обработку моих персональных и/или иных данных и на передачу этих данных Страховщиком в АО «Государственное кредитное бюро» (далее - Бюро), на предоставление и получение Страховщиком информации обо мне, полученной Бюро из всех Государственных баз данных (ГБД), включая операторов/владельцев ГБД, напрямую или через третьих лиц; на получение Бюро информации обо мне из ГБД от операторов/владельцев ГБД; на предоставление Бюро владельцами ГБД информации обо мне из всех ГБД напрямую или через третьих лиц; данное владельцам ГБД и юридическому лицу, осуществляющему по решению Правительства Республики Казахстан деятельность по оказанию государственных услуг в соответствии с законодательством Республики Казахстан – предоставлять и получать имеющуюся и поступающую в будущем обо мне информацию Бюро и Страховщику посредством Бюро.
3. на самостоятельное определение Страховщиком условий доступа к Информации. А. Помимо вышеуказанного, согласие предоставляется Оператору на:
   1. сбор и обработку Данных (как они определены в пункте B настоящего Согласия) путём:
      1. регистрации и (или) авторизации Субъекта на веб-сайте (в мобильном приложении) Оператора или в ином электронном ресурсе Оператора;
      2. подписания Согласия на бумажном или электронном носителе любым способом не ограничиваясь проставлением подписи (собственноручно), средствами электронной цифровой подписи, подписания путем использования одноразового (единовременного) кода (one-time password), направленного Оператором или его агентом на номер мобильного телефона Субъекта SMS-сообщением или в web или ином программном приложении путем push-уведомления;
      3. посещения офисов Оператора, в тех случаях, когда это применимо;
      4. посещения электронных ресурсов Оператора, в том числе путем приема Cookies или иных политик, протоколов, программных и аппаратных средств, которые могут фиксировать данные Субъекта;
      5. использования продуктов или сервисов Оператора.
   2. передачу Данных, не ограничиваясь персональными данными, данными составляющими тайну страхования и иную охраняемую законом тайну в пользу аффилированных лиц Оператора, и любых иных третьих лиц (далее совместно – "Третьи лица"), когда предоставление Данных требуется в соответствии с требованиями применимого законодательства, в целях предоставления Оператором или Третьими лицами продуктов и услуг Субъекту, или в целях исполнения обязательств по договору между Оператором и указанными Третьими лицами. Субъект соглашается, что Данные могут включаться в базы данных Оператора или Третьих лиц, где в последующем персональные данные Субъекта могут обрабатываться без какого-либо участия Оператора; при условии, что Оператор обязуется требовать от Третьих лиц обеспечить конфиденциальность переданных Данных;
   3. трансграничную передачу Оператором Данных за пределы территории Республики Казахстан в случаях, когда это необходимо для целей сбора и обработки Данных, заявленных в настоящем заявлении. Субъект соглашается, что страны, в которые могут передаваться Данные, могут иметь условия и требования хранения Данных ниже чем те, которые предусмотрены применимым законодательством Республики Казахстан и операторы Данных в этих странах не смогут обеспечить им надлежащую защиту.

B. В настоящем Согласии "Данные" не должны ограничиваться сведениями / информацией, относящейся к определенному или определяемому на их основании Субъекту, зафиксированные на электронном, бумажном и (или) ином материальном носителе, в том числе, без исключения: фамилия, имя и отчество (при наличии); транскрипция имени; индивидуальный или иной идентификационный номер (если он предоставлен Субъектом Оператору); полная дата рождения; данные документа, удостоверяющего личность (если он предоставлен Субъектом Оператору) и иные документы (паспорт, вод.права, и т.п.); справки из государственных учреждений (медицинские, наркологические и др.); номер телефона; адрес электронной почты; адрес места проживания; изображение Субъекта (фотография, аватар и т.п.) (если оно предоставлено Субъектом Оператору); биометрические данные; идентификаторы (наименование учетных записей и выбираемые Субъектом идентификаторы); контакты телефонной книги (при использовании мобильных приложений Оператора/Третьих лиц); изображения с камеры устройства Субъекта; цифровые документы; звуковая запись с микрофона мобильного устройства; модель устройства Субъекта и данные о его операционной системе и браузере и (или) типе интернет-соединения; сегмент рынка, к которому относится Субъект; информация о налоговом резидентстве и налоговом идентификаторе Субъекта; записи коммуникаций с представителями службы поддержки и продаж Оператора; идентифицирующие устройство Субъекта сведения; публичные комментарии Субъекта, размещенные на сайтах в сети Интернет; данные о местонахождении Субъекта, полученные по IP-адресу и (или) по e-SIM и (или) SIM-карте и (или) по GPS (глобальная система позиционирования); информация о веб-сайтах, посещаемых Субъектом в сети Интернет; информация о покупках, совершенных Субъектом в сети Интернет и иные метаданные для аналитики (куки и т.д.); контент, размещенный Субъектом, либо просмотренный им в сети Интернет; а также публично доступная информация о Субъекте из социальных сетей; информация / данные, составляющие тайну страхования и иную охраняемую законом тайну; информация / данные, которые могут быть получены Оператором от или в отношении Субъекта.

С. Данные Субъекта собираются и обрабатываются с целью (перечень не является исчерпывающим): осуществления деятельности Оператора и Третьих лиц по оказанию финансовых услуг, маркетинговых и рекламных активностей, исследований, проведения акций, предоставления (пересылки) Субъекту любых информационных материалов, в том числе о продуктах и (или) услугах и (или) предложениях Оператора и Третьих лиц, а также иных уведомлений посредством телефонной, факсимильной и иных видов связи, а также по открытым каналам связи (в том числе SMS-сообщения, e-mail, push-уведомления, голосовые сообщения, системы удаленного доступа, социальные сети и т.п.), а также для оплаты с использованием QR-кодов или штрих кодов, для выбора получателя платежа или услуги из контактов телефонной книги, для отображения аватара/фото Субъекта в мобильном приложении Оператора и/или Третьих лиц, для получения и предоставления цифровых документов Субъекта в/из сервисы (-ов) цифровых документов, для голосового общения с представителями Оператора/Третьих лиц; для доставки товаров и оказания услуг Субъекту; для проведения проверок Оператором/Третьим лицом, связанных с исполнением требований по противодействию легализации (отмыванию) доходов и финансирования терроризма; для защиты клиентов Оператора от мошеннических действий Субъектов.

D. Персональные данные Субъекта не могут распространяться Оператором и (или) Третьими лицами в общедоступных источниках, за исключением случаев, когда от Субъекта получено соответствующее письменное согласие на совершение этих действий.

E. Настоящее Согласие предоставляется на весь период деятельности Оператора или до срока, когда будет выпущено обновленное согласие с донесением до Субъекта.

Я выражаю полное и безоговорочное согласие на использование АО «КСЖ «Freedom Life» моих персональных данных для поддержания связи со мной и направления уведомлений любым способом, включая телефонные звонки на указанный мобильный номер, отправку SMS-сообщений на указанный мобильный номер, отправку электронных писем на указанный электронный адрес.

Подписывая данное заявление, я также подтверждаю, что был(-а) ознакомлен(а) и согласен (-сна) с Правилами добровольного международного медицинского страхования, копию Правил страхования получил.

Мне (Страхователю, Застрахованному) разъяснены условия досрочного прекращения действия договора страхования: При отказе Страхователя от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения Страховщик обязан возвратить Страхователю полученную (полученные) страховую премию (страховые взносы) за вычетом части страховой премии (страховых взносов) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и издержек, связанных с расторжением договора страхования, не превышающих 10 (десяти) процентов от полученной (полученных) страховой премии (страховых взносов).

Я (Страхователь, Застрахованный) обязуюсь предоставить все необходимые документы, запрашиваемые Страховщиком в целях соблюдения требований законодательства РК о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма. Подписав данное Заявление, Я (Страхователь, Застрахованный) подтверждаю, что заключаемый мною договор страхования не связан с легализацией (отмыванием) доходов, полученных преступным путем, и финансированием терроризма и финансированием распространения оружия массового уничтожения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |