

**Заявление на накопительное страхование жизни «ЗОЛОТО НОМАДОВ»**

**№37000001**

**1. Информация о Застрахованном:**

ФИО: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства/местонахождения \_\_\_\_\_

(страна регистрации, почтовый индекс, населенный пункт)

Место работы: \_\_\_\_\_

Должность и точное описание служебных обязанностей: \_\_\_\_\_

Раб. тел. \_\_\_\_\_ Дом. тел. \_\_\_\_\_ Моб. тел. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Дата рождения: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Место рождения \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_ Код сектора экономики : 9 Резидент РК  Не резидент РК

Семейное положение: \_\_\_\_\_ Измененная фамилия \_\_\_\_\_

**Информация о Страхователе** (в случае, если Страхователь не является Застрахованным):

**1.1. Для юр. лица:**

**1.2. Наименование организации:** \_\_\_\_\_

(полное/сокращенное/на иностранном языке)

Юридический /фактический

адрес: \_\_\_\_\_ (страна регистрации,

почтовый индекс, населенный пункт)

Территориальный признак (место регистрации Страхователя) \_\_\_\_\_

Вид документа, подтверждающего регистрацию \_\_\_\_\_

(наименование, номер и дату выдачи документа)

Раб. тел. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ БИН \_\_\_\_\_ Код сектора экономики \_\_\_\_\_

Резидент РК  Не резидент РК  свидетельство о государственной регистрации юр. лица \_\_\_\_\_

**1.3. Для физ. лица:** ФИО \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

(страна регистрации, почтовый индекс, населенный пункт)

Дом. тел. \_\_\_\_\_ Моб. тел. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_ ИИН \_\_\_\_\_ Код сектора экономики: 9 Резидент РК  Не резидент РК

**1.4. Прочая информация:**

Характер взаимоотношений (степень родства) Страхователя и Застрахованного: \_\_\_\_\_

Каким образом вы желаете получать информацию от Страховщика: СМС  E-mail  Почта

Прошу включить меня в систему бесплатной электронной отправки напоминаний о платеже, уведомлений о просрочке и другой информации связанной с договором страхования, а также по другим договорам/полисам, заключенных мною с АО «КСЖ «НОМАД LIFE». Прошу высылать информацию в виде СМС – сообщений на мобильный телефонный номер 8(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_, а также на мобильный телефонный номер 8(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_, и/или в виде писем на электронный адрес \_\_\_\_\_

Подпись Страхователя \_\_\_\_\_

**2. Информация о Выгодоприобретателях:**

1. На случай смерти Застрахованного в период накопления (срока страхования)*		2. На случай дожития Застрахованного**	
1	Ф.И.О. _____	1	Ф.И.О. _____
	Адрес фактического проживания _____		Адрес фактического проживания _____
	% от суммы выплаты (в целых числах) _____		% от суммы выплаты (в целых числах) _____
	Паспортные данные (удостоверение личности, паспорт)		Паспортные данные (удостоверение личности, паспорт)
	№ _____ от _____ выдан _____		№ _____ от _____ выдан _____
(ИИН/БИН) _____	(ИИН/БИН) _____		
2	Ф.И.О. _____	2	Ф.И.О. _____
	Адрес фактического проживания _____		Адрес фактического проживания _____
	% от суммы выплаты ( в целых числах) _____		% от суммы выплаты (в целых числах) _____
	Паспортные данные (удостоверение личности, паспорт)		Паспортные данные (удостоверение личности, паспорт)
	№ _____ от _____ выдан _____		№ _____ от _____ выдан _____
(ИИН/БИН) _____	(ИИН/БИН) _____		

Если назначаются дополнительные лица для получения страховой выплаты, укажите на отдельном листе.

\* В данном разделе указывается лицо, которое получит страховую сумму в случае смерти Застрахованного. Указывать самого Застрахованного здесь нецелесообразно, поскольку в этом случае выплаты будут производиться наследникам Застрахованного после предоставления документов, подтверждающих право на наследство.

\*\* В данном разделе указывается лицо, которое получит страховую выплату в случае дожития Застрахованного до окончания срока страхования.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Фамилия, инициалы и подпись страхуемого лица (Застрахованного) (за Застрахованного не достигшего 18 лет подписывает его законный представитель) \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись Страхователя \_\_\_\_\_

### 3. Описание запрашиваемой страховой защиты

#### 3.1. Накопительное страхование жизни «ЗОЛОТО НОМАДОВ»

Срок страхования (в годах)	<input type="checkbox"/> 3 года <input type="checkbox"/> 4 года <input type="checkbox"/> 5 лет <input type="checkbox"/> 6 лет <input type="checkbox"/> 7 лет <input type="checkbox"/> 8 лет <input type="checkbox"/> 9 лет <input type="checkbox"/> 10 лет
Периодичность оплаты страховой премии	<input type="checkbox"/> единовременно
Размер страхового взноса (USD), но не менее 1 000 USD***	_____

\*\*\*указанные суммы эквивалентны тенге в соответствии с официальным курсом «USD / KZT TOD», устанавливаемым Национальным Банком Республики Казахстан (НБ РК), на следующих условиях их перерасчета:

- Оплата страховой премии, указанной в договоре страхования (страховом полисе) в долларах США, производится в тенге на условиях её перерасчета согласно условиям договора страхования (страхового полиса) и Правил страхования/.

- Страховая сумма – формируется при заключении договора страхования с применением условий перерасчета на дату оплаты страховой премии, а при осуществлении страховых выплат - на дату формирования распоряжения о страховой выплате.

**Все суммы указаны и все платежи по договору страхования (страховому полису) осуществляются в национальной валюте - ТЕНГЕ и подлежат перерасчету на условиях Правил страхования.**

#### 4. Бланк-опросник (только для Застрахованного) (за Застрахованного не достигшего 18 лет заполняется его законным представителем)

Ваши ответы на предлагаемые ниже вопросы являются основным критерием для оценки страхового риска, поэтому просим Вас предоставить на них достоверные и исчерпывающие ответы, а также всю дополнительную информацию, которая могла бы повлиять на принятие решения страховой организацией.

Ответы на следующие вопросы, пожалуйста, отметьте галочкой. Укажите, пожалуйста, в последней графе подробности: уточните диагнозы, даты обращения к врачу, мед. учреждения, в которых проходили обследование и лечение, результат лечения.

Ваш рост: \_\_\_\_\_ (см) Вес: \_\_\_\_\_ (кг)

1. Имеется ли у Вас инвалидность либо имела ранее (нужное подчеркнуть)?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Какая? Причина?
2. Имеются ли у Вас какие-либо заболевания, травмы иные недуги в настоящее время?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Какие?
3. Употребляете ли Вы или употребляли наркотические средства? Алкоголь? Принимаете ли Вы регулярно лекарства?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Какие? Когда в последний раз? Дозы? Почему?
4. Находились ли Вы в течение последних 5 лет на лечении или консультации, контроле у врача или лечились ли Вы когда либо у психиатра, терапевта или другого врача по причине заболевания сердца, легких, почек, сахарного диабета, гипертонии, рака, болезни Альцгеймера, нервных расстройств, ВИЧ или СПИДа, злоупотребления алкоголем или наркотиками или иных заболеваний? Страдали ли Вы психическими заболеваниями?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Укажите подробнее:
5. Имеется ли у Вас СПИД или ВИЧ инфекция?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	
6. Связана ли Ваша профессия с трудовой деятельностью, которую можно назвать опасной?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Укажите подробнее:
7. Занимаетесь ли Вы или собираетесь заниматься опасными видами спорта?	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да	Укажите подробнее:

Даю согласие на заключение договора страхования. Подтверждаю, что все сведения, указанные в заявлении являются достоверными и полными, и я буду информировать АО «КСЖ «НОМАД LIFE» обо всех изменениях в состоянии моего здоровья до конца действия страховой защиты.

Я даю согласие на проведение медицинского обследования и проведение лабораторно-инструментальных исследований в медицинском учреждении по направлению АО «КСЖ «НОМАД LIFE».

Также, даю свое полное и безусловное согласие на использование (обработку, сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу и т.д.) АО «КСЖ «НОМАД LIFE» 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.) (далее – ПД), предоставленных мной и имеющихся у АО «КСЖ «НОМАД LIFE», в соответствии с Законом Республики Казахстан «О персональных данных и их защите».

Я разрешаю АО «КСЖ «НОМАД LIFE», запрашивать у третьих лиц (в том числе медицинских организаций, учреждений, предприятий любых форм собственности, территориальных органов, органов исполнительной власти и др.) дополнительные сведения, относящиеся ко мне в связи с необходимостью заключения договора страхования, а также при наступлении страховых событий и/или страховых случаев, для принятия решения об осуществлении, либо об отказе в осуществлении страховой выплаты.

Срок хранения моих ПД соответствует сроку хранения договора страхования.

Подтверждаю, что все сведения, указанные в заявлении являются достоверными и полными. Я согласен (согласна) в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящем заявлении на страхование, будут являться неотъемлемой частью договора, и, если какое-либо сведение будет заведомо ложным АО «КСЖ «НОМАД LIFE» имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, независимо от того, кто производил за них запись.

Мне разъяснены условия оплаты / выплаты денежных сумм по договору страхования (страховому полису) и условия их перерасчета, в частности:

- все платежи по договору страхования (страховому полису) осуществляются в национальной валюте Республики Казахстан – тенге. Страховая сумма, выкупная сумма, страховая выплата и страховая премия по договору страхования (страховому полису), указанные в договоре страхования (страховом полисе) в долларах США (USD), эквиваленты тенге в соответствии с официальным курсом «USD / KZT TOD», устанавливаемым Национальным Банком Республики Казахстан, на следующих условиях их перерасчета:
  - 1) Страховые выплаты, выплаты выкупных сумм и возврат страховых премий производятся в тенге с применением условий перерасчета - на дату формирования распоряжения на выплату;
  - 2) Страховая премия оплачивается в тенге с применением условий перерасчета - на дату оплаты (на дату совершения операции);
  - 3) Страховая сумма – формируется при заключении договора страхования с применением условий перерасчета на дату оплаты страховой премии, а при осуществлении страховых выплат - на дату формирования распоряжения о страховой выплате.

- Страховая премия может быть оплачена через Банк-партнер. В этом случае АО «КСЖ «НОМАД LIFE» в качестве эквивалента тенге принимает курс «USD / KZT TOD», установленный Банк-Партнером на момент оплаты.  
Мне разъяснены условия досрочного прекращения действия договора страхования:
- При расторжении договора страхования в течение первых тридцати дней с даты выдачи страхового полиса Страхователь имеет право на возврат оплаченной страховой премии за вычетом расходов АО «КСЖ «НОМАД LIFE», не превышающим 20% от оплаченной премии;
- При расторжении договора страхования по истечении тридцати календарных дней его действия, Страхователь имеет право на получение выкупной суммы. При этом, в конце первого года действия договора страхования наличие выкупной суммы не предусматривается.

Настоящим, подтверждаю, что до заключения договора страхования был ознакомлен со следующим:

- 1) возможностью снижения к минимуму убытков в результате страхового случая;
- 2) необходимостью и возможностью своевременного сообщения о наступлении страхового случая;
- 3) о сотрудничестве в оценке и расследовании страхового случая, включая предоставление АО «КСЖ «НОМАД LIFE» всей необходимой информации;
- 4) предоставлению доступа АО «КСЖ «НОМАД LIFE» к проведению необходимой проверки и оценки объекта страхования;
- 5) с мероприятиями по снижению рисков.

С Правилами страхования ознакомлен и согласен. Я согласен (согласна) с тем, что АО «КСЖ «НОМАД LIFE» принимает риск на страхование после рассмотрения заявления и получения страховой премии. Я согласен (согласна) с тем, что АО «КСЖ «НОМАД LIFE» при отсутствии какой-либо информации в заявлении на страхование или неполной информации принимает решение о принятии риска на страхование после получения дополнительной информации.

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия, инициалы и подпись страхуемого лица (Застрахованного) (за Застрахованного не достигшего 18 лет подписывает его законный представитель) \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись Страхователя \_\_\_\_\_

---