

ЖАЗАТАЙЫМ ОҚИҒАДАН ЕРІКТІ ОНЛАЙН САҚТАНДЫРУ ПОЛИСІ
ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО ОНЛАЙН СТРАХОВАНИЯ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ
СЕРИЯ NS № XXX

Сақтандырушы/Страховщик: «Freedom Life» Өмірді сақтандыру компаниясы» Акционерлік қоғамы/Акционерное общество «Компания по страхованию жизни «Freedom Life» Қазақстан Республикасы, А15Е3Н4, Алматы қаласы, Бостандық ауданы, Аль-Фараби даңғылы, 77/7 үй, За т.е.б./ Республика Казахстан, А15Е3Н4, город Алматы, Бостандыкский район, проспект Аль-Фараби, дом 77/7, н.п.За., сайт: www.ffin.life БСН/БИН: 140940003807, ЖСК/ИИК: KZ28551A125000183KZT, «Фридом Банк Қазақстан» АҚ-да/в АО «Фридом Банк Казахстан» БСК/БИК KSNVKZKA	
Сақтандыру полисін жасасу күні/Дата заключения страхового полиса:	XX-XX-XXXX ж./г.
Сақтандыру жағдайы/страховой случай	
- Сақтандыру ережелерде қарастырылған жағдайлардан басқа, сақтандыру қорғанысы әрекет ететін кезеңде орын алған жазатайым оқиға нәтижесінде Сақтандырылушының өлімге ұшырауы. Бұл кезде жазатайым жағдай да, өлім де сақтандыру шарты қолданылған кезеңде болса, Сақтандырушы сақтандыру төлемін жүзеге асыру міндеттемелерін атқарады. - Сақтандыру ережелерде қарастырылған жағдайлардан басқа, сақтандыру қорғанысы әрекет ететін кезеңде орын алған жазатайым оқиға нәтижесінде Сақтандырылушыда 1 немесе 2 топтағы мүгедектіктің анықталуы болып табылады	- смерть Застрахованного в результате несчастного случая, произошедшая в период действия страховой защиты, за исключением случаев, предусмотренных Правилами страхования. При этом Страховщик несет обязательства по осуществлению страховой выплаты, если и несчастный случай, и смерть, произошли в период действия договора страхования. - установление Застрахованному инвалидности 1 или 2 группы в результате несчастного случая, произошедшего в период действия страховой защиты, за исключением случаев, предусмотренных Правилами страхования.
Полісінің қолданылу мерзімі/Срок действия страхового полиса	с XX-XX-XXXX ж./г. бастап/по XX-XX-XXXX ж./г. дейін Сақтандыру сыйлықақысын төлеу тәртібі мен шарттарының талаптарын сақтаған жағдайда/С учётом соблюдения условий порядка и сроков уплаты страховой премии.
Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға) Страхователь (Застрахованный):	Т.А.Ә/Ф.И.О.: Тест Тестов Тестович Сақтанушының заңды мекенжайы және (немесе) тұрғылықты жері/Юридический адрес и (или) место жительства Страхователя: Қазақстан, город Акколь, почтовый индекс XXXXXX, улица XXXX XXXXX, дом XX Телефоны: XXXXXXXXXXXXXXXX ЖСН/ИИН: XXXXXXXXXXXXXXXX Резиденттік белгісі/Признак резидентства: да Экономика секторының коды/Код сектора экономики: 9
Пайдаалушы/Выгодоприобретатель	Сақтандырылған тұлға, Сақтандырылған тұлға қаза болған жағдайда оның заңды мұрагерлері/Застрахованный, либо в случае смерти Застрахованного - его законные наследники.

Сақтандыру сомасы/ Страховая сумма	10000 цифрлармен/цифрами	десять тысяч жазумен/прописью
Сақтандыру сыйлықақысы/ Страховая премия	2000 цифрлармен/цифрами	две тысячи жазумен/прописью
Сақтандыру сыйлықақысын төлеу тәртібі мен мерзімдері/ Порядок и сроки уплаты страховой премии	Бір уақытта, сақтандыру полисі жасалған күннен бастап 7 (жетінші) күнтізбелік күнінен кешіктірмей/Единоновременно, не позднее 7 (седьмого) календарного дня с даты заключения страхового Полиса.	
Сақтандыру төлемінің тәртібі мен мерзімдері/ Порядок и сроки осуществления страховой выплаты	Сақтандыру ережелерінің 12 бабына сәйкес/ Согласно статьи 12 Правил страхования	
Сақтандыру сомасының, сақтандыру төлемі мен сақтандыру сыйақысының валюта түрі/ Вид валюты страховой суммы, страховой выплаты и страховой премии	теңге/тенге	
Өзгерістер пайда болған жағдайда сақтандыру шартына енгізу тәртібі/Случаи и порядок внесения изменений в условия договора страхования	Сақтандыру ережелерінің 16 бабына сәйкес/ Согласно статьи 16 Правил страхования	
Сақтандыру төлемін жүзеге асыруға қажетті жетіспейтін құжаттар туралы сақтанушыға немесе сақтандырылушыға хабарлау мерзімдері/ Сроки уведомления страхователя или застрахованного о недостающих документах, необходимых для осуществления страховой выплаты	3 (үш) жұмыс күні ішінде/в течение 3 (трёх) рабочих дней	
Сақтандыру полисінің қолданылатын аумағы/Территория действия страхового полиса		
Сақтандыру келісімшарты Қазақстан Республикасының аумағында қалай әрекет етсе, шекара сыртында да солай әрекет етеді, келесі аумақтарды қоспағанда: - әскери іс-қимылдар және (немесе) лаңкестікке қарсы операциялар жүргізіліп жатқан мемлекеттердің аумағы; - әскери ықпалшараларға ұшыраған мемлекеттер; - індет ошақтары табылған және мойындалған аумақтар; - Қазақстан Республикасының СІМ аттануға ресми түрде ұсынбайтын мемлекеттердің аумағы	Договор страхования действует как на территории Республики Казахстан, так и за ее пределами, за исключением следующих территорий: - территории государств, в пределах которых ведутся военные действия и (или) антитеррористические операции; - государства, в отношении которых применены военные санкции; - территории, в пределах которых обнаружены и признаны очаги эпидемий; - территории государств, выезд в которые официально не рекомендован МИД Республики Казахстан.	
Сақтандыру агенті және тиесілі комиссиялық сыйақы туралы ақпарат/Информация по страховому агенту и комиссионному вознаграждению.		
Агент: Атауы/Наименование: ТОО «Микрофинансовая организация «DXB finance» Орналасқан жері/Местонахождение: Казахстан, город Алматы, Алмалинский район, проспект Жибек Жолы, дом 135, почтовый индекс 050000 БСН/БИН: 220240001189 Шарт бойынша комиссиялық сыйақысының мөлшері: Сақтандыру сыйлықақы сомасының 90 %		

мөлшерінде.

Размер комиссионного вознаграждения по Договору: 90 % от страховой премии.

Тараптардың негізгі құқықтары мен міндеттерінің сипаттамасы сақтандыру полиске №1 Қосымшада/ Описание прав и обязанностей сторон в Приложении 1 к страховому полису

5 наурыз 2021 ж. Компанияның Директорлар Кеңесімен бекітілген жазатайым оқиғадан ерікті онлайн сақтандыру полисін ресімдеуі арқылы сақтандыру Ережелері Сақтандырушының әріптесінің <https://baylyq.kz> интернет-ресурсында орналастырылған/ Правила добровольного онлайн страхования от несчастного случая, утвержденных Советом Директоров 5 марта 2021 года, размещены на интернет-ресурсе Партнера Страховщика <https://baylyq.kz>

Настоящим Страхователь/Застрахованный подтверждает, что ознакомлен и согласен, что настоящий страховой полис подтверждает присоединение к Правилам добровольного онлайн страхования от несчастного случая, утвержденных Советом Директоров 5 марта 2021 года.

Осымен Сақтанушы/Сақтандырылған тұлға растайды 5 наурыз 2021 ж. Сақтандырушының Директорлар Кеңесімен бекітілген жазатайым оқиғадан ерікті онлайн сақтандыру Ережелеріне қосылуды осы сақтандыру полис растайтынымен таныстым және келісемін.

Приложение № 1 к страховому полису № XXX от XX-XX-XXXX года
XX-XX-XXXX ж./г. № XXX сақтандыру полиске № 1 Қосымша

Тараптардың негізгі құқықтары мен міндеттерінің сипаттамасы 1.Сақтанушының құқығы бар: 1) Сақтандырушыдан сақтандыру келісімшартындағы міндеттерді орындауын талап етуге; 2) Сақтандырушыдан сақтандыру келісімшартына сәйкес сақтандыру шарттарын, өз құқықтарын және міндеттерін анықтап алуға; 3) Сақтандыру ережелерде қарастырылған сақтандыру төлемін сақтандыру жағдайы орын алған сәтте алуға; 2.Сақтанушы міндетті: 1) сақтандыру сыйақысын сақтандыру келісімшартында орындалған ереже мен мерзімде, көлемде төлеп отыруға; 2) сақтандыру тәуекелі туралы жағдайды Сақтандырушыға хабарлап отыруға; 3) сақтандыру келісімшартында орныққан сақтандыру мерзімі жақындағандығы туралы Сақтандырушыға ескертіп отыруға. 3.Сақтандырушы құқығы бар: 1) Сақтанушыдан сақтандыру келісімшартына сәйкес орындауға міндеттейтін жауапкершілікті талап етуге. 4. Сақтандырушы міндетті: 1) сақтандыру жағдайы орын алған жағдайда сақтандыру келісімшартында көрсетілген көлемде, мерзім мен ережеде сақтандыру төлемін жүргізуге; 2) сақтандыру құпиясын қамтамасыз етуге; 3) Сақтанушыны сақтандыру Ережесімен таныстыруға және сақтандыру Ережесінің көшірмесін сұраным негізінде ұсынуға (бағыттауға); 4) сақтандыру Ережесінің 14 бабы, 6 тармағына сәйкес орнатылған Сақтандыру төлемін жүргізуге қажетті Сақтанушы (Сақтандырылған, Пайда көруші) не болмаса оның құжат бойынша құжаттарды ұсынатын өкілеті ұсынбаса, құжаттардың түгел емес екендігі туралы ескертуі керек. 5. Сақтандыру полистің № 1 Қосымшаның 4 тармағы 3) тармақшасында көрсетілгендей Сақтандырушының міндетіне Ережелерді	Описание основных прав и обязанностей сторон 1. Страхователь имеет право: 1) требовать от Страховщика исполнения принятых в соответствии с договором страхования обязательств; 2) требовать от Страховщика разъяснений условий страхования, своих прав и обязанностей по договору страхования; 3) получить страховую выплату в случаях, предусмотренных Правилами страхования. 2. Страхователь обязан: 1) уплачивать страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования; 2) информировать Страховщика о состоянии страхового риска; 3) уведомить Страховщика о наступлении страхового случая в сроки, установленные договором страхования. 3.Страховщик вправе: 1) требовать от Страхователя исполнения принятых в соответствии с договором страхования обязательств. 4. Страховщик обязан: 1) при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования; 2) обеспечить тайну страхования; 3) ознакомить Страхователя с Правилами страхования и предоставить (направить) по его требованию копию Правил страхования; 4) в случаях непредставления Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) либо его представителем документов, необходимых для осуществления страховой выплаты, уведомить их о недостающих документах в срок, установленный пунктом 6 статьи 14 Правил страхования. 5. Направление Правил страхования по указанному Страхователем адресу электронной почты или их размещение на интернет-ресурсе Страховщика/ партнера Страховщика является надлежащим исполнением обязанности Страховщика, указанной в подпункте 3) пункта 4 Приложения № 1 к страховому полису. 6. Страхователь и Страховщик имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные и (или)
--	--

бағыттау Сақтанушының электронды мекенжай поштасына немесе Сақтандырушының/Сақтандырушының әріптесінің интернет-ресурсында орналастыру кіреді. 6.Сақтанушы және Сақтандырушы ҚР заңнамасы мен сақтандыру келісімшартындағы Ережеден бөлек және (немесе) қарастырылған басқа да құқыққа және басқа да міндеттерге ие.	вытекающие из Правил, договора страхования и законодательства РК.
--	--

Жазатайым оқиғадан ерікті онлайн сақтандыруға өтініш/ Заявление на добровольное онлайн страхование от несчастного случая

Сақтандырушы/Страховщик: «Freedom Life» ӨСК» АҚ»/АО «КСЖ «Freedom Life» Сақтандыру агенті/Страховой агент: Атауы/Наименование: ТОО «Микрофинансовая организация «DXB finance» БСН/БИН: 220240001189 Пайда алушы/Выгодоприобретатель: Сақтандырылған тұлға, Сақтандырылған тұлға қаза болған жағдайда оның заңды мұрагерлері/ Застрахованный, либо в случае смерти Застрахованного его законные наследники Сақтанушы Сақтандырылушы болып табылады/Страхователь является Застрахованным Сақтанушы (Сақтандырылған тұлға)/Страхователь (Застрахованный): Т.А.Ә/Ф.И.О.: Тест Тестов Тестович Сақтанушының заңды мекенжайы және (немесе) тұрғылықты жері/Юридический адрес и (или) место жительства Страхователя: Казахстан, город Акколь, почтовый индекс XXXXXX, улица XXXX XXXXX, дом XX ЖСН/ИИН: XXXXXXXXXXXXXXXX Төлкүжат нөмірі / номер удостоверения личности: XXXXXXXXXXXX берілген/выдано от XX-XX-XXXX Резиденттік белгісі/ Признак резидентства: да Экономика секторының коды/ Код сектора экономики: 9 Электрондық пошта мекенжайы (болса)/Адрес электронной почты (при наличии): test@test.test Абоненттік нөмір/Абонентский номер: XXXXXXXXXXXXXXXX		
Бенефициарлық иесі /Бенефициарный собственник: Пайда алушы/Выгодоприобретатель Жасалатын операцияларды қаржыландыру көздері туралы мәліметтер/ Сведения об источниках финансирования совершаемых операций: меншікті қаражат/собственные средства.		
Сақтандыру түрі/ Вид страхования: Жазатайым оқиғадан ерікті онлайн сақтандыру/Добровольное онлайн страхование от несчастного случая		
Сұратылған сақтандыру мерзімі/ Запрашиваемый срок страхования: 5 д.	Сақтандыру сыйлықақысын төлеу тәртібі/ Условия оплаты страховой премии: бірден/ единовременно	
Сақтандыру сомасы/ Страховая сумма	10000	
Сақтандыру сыйлықақысы/ Страховая премия	2000	
Мен «Freedom Life» ӨСК» АҚ сақтандыру шартын жасауға келісемін және сақтандыру шартын жасаудың менің ерік білдіруім екендігімді растаймын. Мен осы «Сақтандыруға өтініш» нысанында көрсетілген мәліметтердің бұдан әрі сақтандыру шартын жасасуға негіз болып табылуына, және қандай да бір мәлімет көрінеу жалған болып шыққан жағдайда, сақтандыру төлемін жүзеге асырудан бас тартуға құқылы болуына келісемін. Мен мүгедек емеспін, психикалық, эпилепсиямен		Я даю согласие на заключение договора страхования с АО «КСЖ «Freedom Life» и подтверждаю, что заключение договора страхования является моим волеизъявлением. Я согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящей форме «Заявление на страхование» будут являться основанием для заключения договора страхования, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты. Я подтверждаю, что я не являюсь инвалидом, не

немесе басқа да ауыр неврологиялық аурулармен ауырмайтындығымды растаймын.

Қазақстан Республикасының заңнамасын сақтауды қамтамасыз ету мақсатында, Мен мыналарға келісімді беремін:

1) Сақтандырушының электронды, қағаз және кез келген тасығышта менің дербес деректеріме қатысты ақпаратты (бұдан әрі – Ақпарат) барлық көздерден жинауына және өңдеуіне (соның ішінде жинақтау, сақтау, өзгерту, толықтыру, пайдалану, тарату, иесіздендіру, шектеу және жою);

2) менің дербес және/немесе өзге де деректерімді жинауға, өңдеуге және бұл деректерді Сақтандырушының "Мемлекеттік кредиттік бюро" АҚ - ға (бұдан әрі-Бюро) беруіне, Сақтандырушының ол туралы Бюро операторларды/МДҚ иелерін қоса алғанда, барлық мемлекеттік деректер қорынан (МДҚ) тікелей немесе үшінші тұлғалар арқылы; МДҚ операторларынан/иелерінен МДҚ-дан Мен туралы ақпарат бюросын алуға; МДҚ иелерінің мен туралы ақпаратты барлық МДҚ-дан тікелей немесе үшінші тұлғалар арқылы беруіне; МДҚ иелеріне және Қазақстан Республикасы Үкіметінің шешімі бойынша Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету жөніндегі қызметті жүзеге асыратын заңды тұлғаға берілген – бюро мен сақтандырушыға бюро арқылы Мен туралы қолда бар және болашақта келіп түсетін ақпаратты беру және алу.

3) Сақтандырушы Қазақстан Республикасының заңнама талаптарына, жасалған шарттарға сәйкес әрекеттер жасауға міндетті немесе құқылы болғанда немесе басқа жағдайларда, Сақтандырушының Ақпаратты уәкілетті мемлекеттік органдарына және кез келген үшінші тұлғаларға беруіне; тиісті шетел мемлекетінің осындай Ақпаратты қорғауды қамтамасыз етуіне қатыссыз трансшекаралық тапсыруына, дербес деректерді жалпыға қолжетімді көздерде тарату құқығынсыз;

4) Сақтандырушының Ақпаратқа рұқсат беру талаптарын дербес белгілеуіне.

Дербес деректерді жинауға, өңдеуге келісім сақтандыру шартының қолданылу мерзімі ішінде, сондай-ақ оның қолданылуы аяқталғаннан кейін Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген сақтау мерзімі ішінде

страдаю психическими, эпилепсией или другими тяжелыми неврологическими заболеваниями.

В целях обеспечения соблюдения законодательства Республики Казахстан, Я предоставляю согласие:

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 передачу Страховщиком Информации уполномоченным государственным органам и любым третьим лицам, когда Страховщик обязан или вправе совершить такие действия в соответствии с требованиями законодательства Республики Казахстан, заключенными договорами и в иных случаях; трансграничную передачу независимо от обеспечения соответствующим иностранным государством защиты такой Информации, без права распространения персональных данных в общедоступных источниках;

4) на самостоятельное определение Страховщиком условий доступа к Информации.

Согласие на сбор, обработку персональных данных действует в течение всего срока действия договора страхования, а также после окончания его действия в течение срока хранения, предусмотренного законодательством Республики Казахстан.

колданылады. Мен өзімнің жеке деректерімді «Freedom Life» ӨСК» АҚ пайдалануға және толық хабарлама жіберуге және хабарландыруларды кез келген түрде, соның ішінде көрсетілген ұялы телефонға қонырау шалу, көрсетілген ұялы телефон нөміріне SMS-хабарлама жіберу, көрсетілген электрондық поштаға хат жіберуіне келісемін. Мен Сақтандырушының Директорлар кеңесінің шешімімен бекітілген 05.03.2021 жылғы жазатайым оқиғалардан ерікті онлайн сақтандыру ережелерімен және Сақтандырушының серіктесінің интернет-ресурсында https://baylyq.kz таныстым және келісемін. Менің (Сақтандырылушының, Сақтанушының) Сақтандыруға берілген өтініштегі барлық ақпараты оқылды, тексерілді, нақты және толық болып табылады. Мен жасасып жатқан сақтандыру шарты қылмыстық жолмен алынған кірістерді заңдастыруға (жылыстатуға), терроризмді қаржыландыруға және жаппай қырып-жою қаруын таратуды қаржыландыруға қатысты емес екенін растаймын және мен жария лауазымды адам (ЖЛА) емеспін.	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. Я подтверждаю, что с Правилами добровольного онлайн страхования от несчастного случая, утвержденных Советом директоров от 05.03.2021 года, и размещенных, в том числе на интернет-ресурсе партнера Страховщика https://baylyq.kz ознакомлен и согласен. Вся информация в заявлении на страхование мною (Застрахованным, Страхователем) прочтена, проверена и является достоверной и полной. Я подтверждаю, что заключаемый мною договор страхования не связан с легализацией (отмыванием) доходов, полученных преступным путем, и финансированием терроризма и финансированием распространения оружия массового уничтожения и я не являюсь публичным должностным лицом (ПДЛ).
--	---

Күні/Дата: XX-XX-XXXX ж./г.

ТОО «Микрофинансовая организация «DXB finance» Адрес: Казахстан, город Алматы, Алмалинский район, проспект Жибек Жолы, дом 135, почтовый индекс 050000 БИН 220240001189 ИИК К 08856293118084902 БИК КСВБКZK АО «Банк ЦентрКредит»	Тест Тестов Тестович Адрес: Казахстан, город Акколь, почтовый индекс XXXXXX, улица XXXX XXXXX, дом XX ИИН: XXXXXXXXXXXXX Удостоверение личности: XXXXXXXXXXXX от XX-XX-XXXX, выдан МВД РК Телефон: XXXXXXXXXXXXX
Мырзахметқызы Айгерім	_____ / Тест Тестов Тестович
Дата 01-08-2025	

