

**ДЕНСАУЛЫҚ ТУРАЛЫ ДЕКЛАРАЦИЯ
(САҚТАНДЫРУ ШАРТЫНЫҢ ҚОЛДАНУЫН ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ҮШІН)
ДЕКЛАРАЦИЯ О ЗДОРОВЬЕ (ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА
СТРАХОВАНИЯ)**

Сақтандыру шарты/ Договор страхования №..... күн/от

Байланыс телефоны/ Контактный телефон: үй/дом..... жұм./раб.....
моб.....; e-mail.....

Сақтандырылушы (ТАӘ) / Застрахованный (ФИО)

Туған күні/Дата рождения

Қазіргі кездегі жұмыс орны/ Место работы в настоящее время:

Сақтанушы, Сақтандырылушы Денсаулық туралы декларацияны толтыру кезінде сақтандыру оқиғасының басталу ықтималдығын анықтау үшін елеулі маңызы бар, өзіне мәлім барлық мәліметтерді көрсетуге тиіс. Егер Сақтанушы, Сақтандырылушы Денсаулық туралы декларацияда біле тұра жалған мәліметтерді «Халық-Life» АҚ хабардар еткені сақтандыру шартының қолдануы қалпына келтірілгеннен кейін анықталса, сақтандыру шартын жарамсыз деп танытуға және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген салдарларды қолдануын талап етуге құқылы болады.

При заполнении настоящей Декларации о здоровье Страхователю/Застрахованному необходимо сообщить все известные ему сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Если после восстановления действия договора страхования будет установлено, что Страхователь/Застрахованный сообщил в настоящей Декларации о здоровье заведомо ложные сведения АО «Халык-Life», то Компания вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательными актами Республики Казахстан.

Егер осы декларацияның сауалнама бланкінің 1-тармағында (А-Н) көрсетілген қандай да бір сауалына «Иә» деп жауап берсеңіз, мәліметтерді толығырақ жазыңыз: нақты диагнозды, дәрігерге қаралған күндерді, қай медициналық мекемелерде қаралып, емделдіңіз, емдеу нәтижесін өтінішпен бірге тапсырыңыз.

В случае если на какой-либо из вопросов, указанных ниже в пункте 1 (А-Н) Бланка-опросника настоящей декларации отмечен ответ «Да» то укажите, пожалуйста, подробности: уточните диагнозы, даты обращений к врачу, в медицинские учреждения, в которых проходили обследование и лечение, результат лечения в Приложении к заявлению.

Келесі сұрақтар Сақтандырылушы денсаулығының деңгейіне қатысты қойылады/ Вопросы, указанные ниже, относятся к состоянию здоровья Застрахованного:

1. Мына аурулармен ауырдыңыз ба? Болели ли Вы следующими заболеваниями?	Жауапты белгілеңіз Отметьте ответ	
А) Ұстамалы ауру (қояншық), есінен тану немесе психика мен жүйке жүйесі жағынан қандай да бір ауытқушылық? Эпилепсия, потери сознания или какие-либо нарушения со стороны психической и нервной системы?	Иә	Жоқ
Б) Демікпе, бронхит, плеврит, пневмония, туберкулез немесе өкпенің өзге аурулары? Астма, бронхиты, плевриты, пневмонии, туберкулез или другие заболевания легких?	Иә	Жоқ
В) Өкпе қуысындағы ауру, жоғары қаң қысымы, жүректің қатты соғуы, ентікпе, ми қан айналымының бұзылуы немесе жүрек-тамыр жүйесі жағынан өзге де мәселелер? Боли в грудной клетке, высокое кровяное давление, сердцебиение, одышка, нарушения мозгового кровообращения или какие-либо другие проблемы со стороны сердечно-сосудистой системы?	Иә	Жоқ
Г) Ас қорытудың бұзылуы, асқазан жарасы, ұлтабар ауруы, созылмалы немесе қайта-қайта мазалайтын іш өтуі немесе асқазан және ішек жағынан өзге де мәселелер? Расстройство пищеварения, язвы желудка и 12-типерстной кишки, хроническая или периодически повторяющаяся диарея или какие-либо жалобы со стороны желудка и кишечника?	Иә	Жоқ
Д) Қант сусамыры, қалқанша без аурулары немесе эндокриндік жүйе, бауыр, бүйрек, қуық қалбыршағы, несеп-жыныстық жүйе аурулары? Диабет, заболевания щитовидной железы или какие-либо нарушения со стороны эндокринной системы, заболевания печени, почек, мочевого пузыря и мочеполовой системы?	Иә	Жоқ
Е) Ревматикалық безгек, артрит, тұз байлану ауруы немесе сүйек-буын аурулары? Ревматическая лихорадка, артриты, подагра или заболевания костей и суставов?	Иә	Жоқ
Ж) Лимфалық түйіннің үлкеюі, рақтың кез келген формалары, ісіктер, қаң аурулары? Увеличение лимфатических желез, какие-либо формы рака, опухоли, заболевания крови?	Иә	Жоқ

З) Түсініксіз қайталана беретін немесе тұрақты қалтырау, салмақ тастау, қандай да бір тері аурулары? Необъяснимая периодически повторяющаяся или постоянная лихорадка, снижение веса, какие-либо заболевания кожи?	Иә Да	Жоқ Нет
И) Жыныстық жолмен жұқтырылатын аурулар (мерез (сифилис), гонорея аурулары сияқты) немесе вирустық ауруды анықтау үшін (гепатит В, ЖҚТБ сияқты аурулар) кеңес алу, емделу немесе қан анализін алдыңыз ба? Заболевания, передающиеся половым путем (такие как сифилис, гонорея) или обращались за консультацией, лечением или анализом крови на наличие вирусных заболеваний (таких как гепатит В, СПИД)?	Иә Да	Жоқ Нет
К) Көз, құлақ, мұрын, жұтқыншақ немесе ауыз қуысы аурулары немесе ауытқушылықтар? Какие-либо заболевания или нарушения со стороны глаз, ушей, носа, глотки или рта?	Иә Да	Жоқ Нет
Л) Жоғары көрсетілген аурулардан өзге аурулар, жарақаттар? Какие-либо заболевания, травмы, не указанные выше?	Иә Да	Жоқ Нет
М) Қазіргі кезде медициналық дәрі-дәрмектерді қолданып жүрсіз бе? Принимаете ли Вы медицинские препараты в настоящее время?	Иә Да	Жоқ Нет
Н) Қаңға арналған дәрі-дәрмектермен емделдіңіз бе немесе Сізге қан құю процедурасы жасалды ма? Получали ли Вы лечение препаратами крови или подвергались переливанию крови?	Иә Да	Жоқ Нет
2. Бір кезде дәрігер жазып ұсынбаған емдік дәрі-дәрмектерді пайдаландыңыз ба? Когда-либо принимали лекарственные препараты, которые не прописывал врач?	Иә Да	Жоқ Нет
2.1. Қандай дәрі-дәрмектерді? Укажите, какие препараты.		
3. Сізге хирургиялық ота жасалуы жоспарлануда ма? Предстоит ли Вам хирургическая операция?	Иә Да	Жоқ Нет
3.1. «Иә» болса, отаның түрін көрсетіңіз Если да, укажите вид операции		
4. Спорттың қауіпті түрлерімен шұғылданасыз ба немесе шұғылдануға ниет бар ма? (суға сүңгу, аквалангпен сүңгу, парашют спорты, автожарыс, тау шаңғы, альпинизм, дельтапланеризм және т.б.)? Занимаетесь ли Вы или собираетесь заниматься опасными видами спорта (ныряние с аквалангом, парашютный спорт, автогонки, горные лыжи, альпинизм, дельтапланеризм и т.п.)?	Иә Да	Жоқ Нет

Мен, Сақтандырылушы, жоғары көрсетілген сұрақтарға толық және шынайы жауап бергенімді растаймын.

Мен, Сақтандырылушы, осы декларацияда көрсетілген мәліметтер шарттың ажырамас бөлігі болатына және қандай да бір жауап біле тұра жалған болып шықса, «Халық-Life» АҚ Сақтанушыға да, Пайда алушыға да сақтандыру төлемін жасаудан бас тартуға құқылы болатына келісемін.

Мен, Сақтанушы, осы декларацияда көрсетілген мәліметтер шарттың ажырамас бөлігі болатына және қандай да бір жауап біле тұра жалған болып шықса, «Халық-Life» АҚ Сақтанушыға да, Пайда алушыға да сақтандыру төлемін жасаудан бас тартуға құқылы болатына келісемін.

Мен (Сақтанушы, Сақтандырылушы) «Халық-Life» АҚ өзімнің жеке деректерімді электрондық, қағаз және/немесе заттық тасымалдағышта жинақтап өңдеуіне келісемін.

Я, Застрахованный, подтверждаю, что мои ответы на вышеуказанные вопросы являются полными и достоверными.

Я, Застрахованный, согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящей Декларации, будут являться неотъемлемой частью договора, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным АО «Халық-Life» имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, как Страхователю, так и Выгодоприобретателю.

Я, Страхователь, согласен в дальнейшем, что сведения, указанные в настоящей Декларации, будут являться неотъемлемой частью договора, и если какое-либо сведение будет заведомо ложным, АО «Халық-Life» имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, как Страхователю, так и Выгодоприобретателю.

Я (Страхователь, Застрахованный) согласен со сбором и обработкой АО «Халық-Life» моих персональных данных на электронном, бумажном и /или материальном носителе.

_____/ _____ «__» _____ 20__ г.
Сақтанушының ТАӘ өз қолымен / қолы
ФИО Страхователя собственноручно / подпись

_____/ _____ «__» _____ 20__ г.
Сақтандырылушының ТАӘ өз қолымен / қолы
ФИО Застрахованного собственноручно / подпись