

Қызметкер еңбек (қызметтік) міндеттерін атқарған кезде оны жазатайым оқиғалардан міндетті (ерікті) сақтандыру шарты бойынша және/немесе аннуитеттік сақтандыру шарты бойынша сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы өтініш

Назар аударыңыз! Осы өтініште көзделген барлық жолақтар мен нысандар міндетті түрде жазып-толтырылуы тиіс. Деректер объективті түрде болмаған жағдайда, тиісті жолақ «Жоқ» деген сөзбен толтырылады немесе сызық қойылады.

Қызметкер еңбек (қызметтік) міндеттерін атқарған кезде оны жазатайым оқиғалардан міндетті/ерікті сақтандыру шарты бойынша / аннуитеттік сақтандыру шарты бойынша сақтандыру төлемін жүргізуді өтінемін.

☐ Сақтандырылушыға кәсіптік еңбекке қабілеттіліктен айырылу деңгейін белгілеу;

☐ Қосымша шығыстарды өтеу;

☐ Сақтандырылушының қайтыс болуы;

Сақтанушының атауы не аты-жөні: _____	
Сақтандырылған адамның аты-жөні: _____	
Пайда алушының (аннуитеттің), асырауындағының (сақтандырылушы қайтыс болған жағдайда) аты-жөні: _____	
туған жылы (пайда алушының / асырауындағының (аннуитеттің)): _____	
азаматтығы (пайда алушының / асырауындағының (аннуитеттің)): _____	
ЖСН (пайда алушының / асырауындағының (аннуитеттің)): _____	
Егер АҚШ резиденті пайда алушы / асырауындағы (аннуитет) болса, шетел мемлекетіндегі салық төлеушінің нөмірін көрсетіңіз: _____	
Пайда алушының / асырауындағының (аннуитеттің) тұрғылықты (тіркелген) немесе болу жерінің (мемлекет/юрисдикция, пошталық индексі, елді мекен, көшесі/ауданы, үйдің нөмірі және бар болса пәтердің нөмірі) мекенжайы: _____	
Байланыс телефоны нөмірі: _____	
Электрондық поштаның мекенжайы (e-mail) _____	
Пайда алушының / асырауындағының (аннуитеттің) /сақтандыру төлемін алушының банктік деректемелері: Сақтандыру төлемін алушының аты-жөні: _____	
Сақтандыру төлемін алушы банктің атауы: _____	
Банктегі IBAN шот № (сақтандыру төлемін алушының 20 таңбалы шоты): _____	
Сақтандыру төлемін алушының ЖСН/БСН: _____	
Аннуитеттің мүгедектік тобы бар болса, мүгедектік тобын көрсетіңіз және мүгедектік туралы анықтаманың көшірмесін қоса тіркеңіз.	Аннуитеттің мүгедектік тобы _____
Бенефициарлық меншік иесі туралы мәліметтер ¹ : ☐ Бенефициарлық меншік ием (иелерім) жоқ. Бенефициарлық меншік иесі (иелері) болмаған жағдайда, мынадай деректер жазып-толтырылмайды. Бақылау (ықпал ету) типі: ☐ - ата-ана; ☐ - бала асырап алушы; ☐ - қорғаншы; ☐ - қамқоршы Бенефициарлық меншік иесінің (иелерінің) аты-жөні: _____	
Бенефициарлық меншік иесінің (иелерінің) ЖСН: _____	
Бенефициарлық меншік иесінің (иелерінің) жеке куәлігін немесе паспортының нөмірі, күні және берген орган _____	

¹ Бенефициарлық меншік иесі - клиентті бақылауды жүзеге асыратын оның мүддесінде клиент ақшамен және (немесе) өзге мүлікпен операциялар жасайтын жеке тұлға

Мен осымен, сақтандырушыны сақтандыру жағдайының басталу себептері мен мән-жайларына қатысты мен ұсынған ақпараттың шынайылығы мен дәйектілігіне сендіремін, Қазақстан Республикасының заңнамасында және сақтандырушының ішкі құжаттарында көзделген сақтандыру жағдайының басталу себептері мен мән-жайлары туралы жалған мәліметтер беруімнің салдарымен танысып шықтым және келісемін.

Мен осымен, қызметкерді жазатайым оқиғалардан міндетті сақтандыру шартының талаптарымен танысып шыққанымды, қызметкерді жазатайым оқиғалардан міндетті сақтандыру шартынан туындайтын құқықтар мен міндеттердің маған түсіндірілгенін және түсінікті екеніне сендіремін.

Мен осымен, мені өтініште көрсетілген электрондық пошта мекенжайына (e-mail) аннуитеттік сақтандыру шартын жасау туралы хабардар етуді өтінемін.

Аннуитеттік төлемдерді алу үшін ұсынылған банктік деректемелер өзгерген жағдайда, жаңа банктік деректемелердің уақтылы ұсынылатынына сендіремін.

Қазақстан Республикасы заңнамасының сақталуын қамтамасыз ету мақсатында, осымен маған e-mail бойынша, sms-хабарлама арқылы не кезекті төлемдер туралы және/немесе сақтандыру шартының/полисінің қолданылуын тоқтата тұру туралы аннуитеттік төлемдерді және сақтандыру шартына байланысты өзге де мәліметтерді хабарлауға және хабардар етуге келісім беремін.

Мен «Халық-Life» АҚ сақтандыру ұйымының функцияларын және жоғарыда көрсетілген ұйымдардың қаржылық және өзге де, оның ішінде өтініштер мен шарттарды толтыру/қалыптастыру, сондай-ақ менің мынадай: барлық/барлық ықтимал негізгі көздердегі, оның ішінде кез келген дерекқордағы (дерекқорлары), оның ішінде мемлекеттік дерекқор иелерінің, сақтандыру жөніндегі деректер базасын қалыптастыру және жүргізу жөніндегі ұйымының, зейнетақы жарналары мен зейнетақы төлемдерін

_____ 20__ ж. «__» _____
(өтініш білдірушінің тегі, аты, әкесінің аты толық көрсетіледі)

_____ 20__ ж. «__» _____
(өтініш білдірушінің қолы)

Қызметкер еңбек (қызметтік) міндеттерін атқарған кезде оны жазатайым оқиғалардан міндетті (ерікті) сақтандыру шарты бойынша және/немесе аннуитеттік сақтандыру шарты бойынша сақтандыру төлемін жүзеге асыру туралы өтініш
(жалғасы)

тарту жөніндегі қызметті жүзеге асыратын заңды тұлғаның, Қазақстан Республикасы Үкіметінің шешімі бойынша «Халық-Life» АҚ өз қызметі барысында және/немесе тиісті шарт шеңберінде контрагенттермен азаматтық-құқықтық және өзге де қатынастар шеңберінде белгілі болатын немесе белгілі болған мемлекеттік қызметтерді көрсету жөніндегі қызметті жүзеге асыратын заңды тұлғаның дерекқорындағы тегін, атын, әкесінің атын, азаматтығын, жеке басын куәландыратын құжаттың деректерін, жеке сәйкестендіру нөмірін, күнін және туу туралы деректерді, жынысын, ұлтын, фотосуретін, биометриялық деректерін, денсаулық жағдайын, банктік деректемелерді, байланысты ұстап тұру үшін қажетті мәліметтерді, ағымдағы сәтте алынған және берілген және болашақта барлық/барлық ықтимал көздерден (көздерден) алынуы және берілуі мүмкін өзге де деректер/ақпаратты қоса алғанда, бірақ олармен шектелмей тиісті сәйкестендірілуіме қажетті қызметтерді көрсетуі мақсатында, «Халық-Life» АҚ-қа (БСН 051140004354) және (немесе) «Халық» қаржы тобының құрамына кіретін ұйымдарға («Халық-Life» АҚ акционеріне (БСН 940140000385) және оның еншілес ұйымдарына), қайта сақтандыру ұйымдарына, сақтандыру жөніндегі деректер базасын қалыптастыру және жүргізу жөніндегі ұйымдарға (БСН 120940011577), зейнетақы жарналарын тарту және зейнетақы төлемдері жөніндегі қызметті жүзеге асыратын заңды тұлғаға (БСН 971240002115), Қазақстан Республикасы Үкіметінің шешімі бойынша мемлекеттік қызметтер көрсету жөніндегі қызметті жүзеге асыратын заңды тұлғаға (БСН 160440007161), мемлекеттік дерекқор операторларына/иелеріне барлық негізгі көздердегі және дерекқордағы маған және менің жақын туысқандарыма байланысты, оның ішінде дәрігерлік, салықтық, банктік құпияны, зейнетақы жинақтарының құпиясын және заңмен қорғалатын өзге де құпияны қамтитын, электрондық, қағаз және (немесе) өзге де материалдық тасымалдағышта тіркелген дербес деректерімнің және ақпараттың жиналуына және өңделуіне, трансшекаралық берілуіне және таратылуына келісім беремін, «Халық-Life» АҚ-қа менің дербес деректерімді уәкілетті органдарға, «Халық-Life» АҚ-тың Акционеріне және оның еншілес ұйымдарына, «Халық-Life» АҚ-тың үлестес адамдарына, сақтандыру бойынша деректер базасын қалыптастыру және жүргізу жөніндегі ұйымдарға, мемлекеттік деректер базасының операторларына және қазіргі уақытта да, болашақта да «Халық-Life» АҚ-пен мән-жайларда немесе құқықтық қатынастарда байланысты өзге де үшінші адамдарға және «Халық-Life» АҚ заңнаманың талаптарына және (немесе) ішкі құжаттарға сәйкес осындай іс-қимылдарды жасауға міндетті немесе құқылы кез келген үшінші адамдарға беруге мүмкіндік беремін. Осы Келісім «Халық-Life» АҚ (оның құқықтық мирасқоры) құқық кабілеттілігі кезеңінде қолданылады.

_____ 20__ ж. «__» _____
(өтініш білдірушінің тегі, аты, әкесінің аты толық көрсетіледі)

_____ 20__ ж. «__» _____
(өтініш білдірушінің қолы)