Приложение 5

к приказу от 22.03.2022 № 77

(в ред. приказов от 27.12.2024 № 314, 30.01.2025 № 12)

Закрытое акционерное страховое

общество «Белнефтестрах»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование филиала)

|  |
| --- |
| **Заявление****о добровольном страховании медицинских расходов****(Страхователь-физическое лицо, страховой агент – банк)** |
| Страхователь  | (ФИО, дата рождения, паспортные данные, идентификационный номер) |
| Регистрация по месту жительства, тел., e-mail |  |
| Застрахованное лицо(не заполняется, если Страхователь является Застрахованным лицом) | (ФИО, дата рождения, паспортные данные, идентификационный номер, регистрация по месту жительства, тел.) |
| Страховая сумма по договору, в том числе: |  |
| Страховой взнос |  |
| Срок действия договора страхования | (дней, месяцев, лет) | [ ]  с [ ]  со дня, следующего за днем уплаты страхового взноса |
| Периодичность уплаты страхового взноса | [ ]  единовременно [ ]  в два срока  | [ ]  ежеквартально [ ]  ежемесячно  |
| Порядок уплаты страхового взноса | [ ]  наличными денежными средствами | [ ]  безналичным путем |
| [ ]  с использованием банковской платежной карточки |
| Наличие договоров добровольного страхования медицинских расходов, заключенных с другой страховой организацией | (наименование страховщика, №№ договоров страхования) |
| Иные условия |  |

Сведения, приведенные в этом заявлении о страховании и приложенных к нему документах, являются полными и достоверными и служат основанием для заключения договора страхования, являясь его неотъемлемой частью.

С условиями страхования ознакомлен и согласен.

|  |  |
| --- | --- |
| Страхователь | Страховщик |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. |