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. |