Приложение 2

к приказу от 22.03.2022 № 77

(в ред. приказов от 17.03.2023 № 50, 30.01.2025 № 12)

Закрытое акционерное страховое

общество «Белнефтестрах»

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

 (наименование филиала)

|  |
| --- |
| **Заявление****о добровольном страховании медицинских расходов****(Страхователь-физическое лицо)** |
| Страхователь  | (ФИО, дата рождения, паспортные данные, идентификационный номер) |
| Регистрация по месту жительства, тел., e-mail |  |
| Место работы |  |
| Застрахованные лица |
| № п.п. | Фамилия | Имя, Отчество (если имеется) | Дата рождения | Место жительства (страна, область, район, населенный пункт, улица, дом) | Телефон | Гражданство | Данные документа, удостоверяющего личность (серия и номер, дата выдачи, кем выдан) | Идентификационный номер | Степень родства\* | Группа здоровья\*\* | Программа добровольного страхования, доп. мед. помощь, мед. услуга (п. 3.4, 3.5 и 4.3 Правил) | Обращение в мед. организацию, определенную индивидуальной программой добровольного страхования, без уведомления Страховщика (да/ нет) | Страховая сумма | Страховой взнос\*\* | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |  | Х |
| Примечание  | \*В графе «степень родства» указывается «член семьи»/ «родственник»/ «третье лицо»\*\*Графы «группа здоровья», «страховой взнос» заполняются Страховщиком |
| Страховая сумма по договору |  |
| Страховой взнос |  |
| Безусловная франшиза |  |
| 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 |
| Непрерывное заключение договоров добровольного страхования медицинских расходов в ЗАСО «Белнефтестрах» | (№№ договоров страхования, даты заключения за предыдущие 5 лет) |
| Наличие страховых выплат (включая суммы заявленных, но неурегулированных убытков) за последние 3 года непрерывного страхования | (№№ договоров страхования) |
| Наличие (заключение) у Страхователя договоров добровольного страхования, заключенных со Страховщиком, сроком действия 1 год и более по другим видам | (№№ договоров страхования) |
| 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.

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