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. |