Приложение 3

к приказу от 22.03.2022 № 77

(в ред. приказа от 30.01.2025 № 12)

Закрытое акционерное страховое

общество «Белнефтестрах»

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

(наименование филиала)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заявление**  **о добровольном страховании медицинских расходов**  **(Страхователь-юридическое лицо, индивидуальный предприниматель)** | | | | | |
| Страхователь | (наименование юридического лица/ФИО, дата рождения, паспортные данные, идентификационный номер индивидуального предпринимателя) | | | | |
| Местонахождение/ адрес, тел., e-mail | (страна, область, район, населенный пункт, улица, дом) | | | | |
| УНП |  | | | | |
| Основной вид деятельности |  | | | | |
| Банковские реквизиты |  | | | | |
| Количество лиц, подлежащих страхованию, в том числе: |  | | | | |
| близкие родственники работника с установлением общей страховой суммы (одна на всех) («член семьи») | | | |  | человек |
| близкие родственники работника с установлением отдельных страховых сумм (по каждому из них) («родственник») | | | |  | человек |
| неработающие у Страхователя пенсионеры | | | |  | человек |
| Страховая сумма по договору |  | | | | |
| Страховой взнос по договору |  | | | | |
| 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 |  | | | | |
| К заявлению прилагаются | 1. Список лиц, подлежащих страхованию, на \_\_\_ листах. | | | | |

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. |