

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество Страхователя (Застрахованного лица))
Проживающий(ая) по адресу: _____

Дата рождения _____ Семейное положение _____
Пол _____ Гражданство _____

Возраст _____ полных лет.

Паспорт серии _____ № _____ выдан _____

Прошу заключить договор страхования на условиях, предусмотренных Правилами № 14 добровольного страхования от несчастных случаев и болезней кредитополучателей.

Выгодоприобретатель на получение страхового обеспечения на сумму задолженности по кредиту (назначен по воле Страхователя в соответствии с условиями Правил страхования № 14):

(Наименование Выгодоприобретателя (кредитодателя), адрес, тел./факс)

Срок действия договора страхования _____

Договор страхования вступает в силу с «__» _____ 200__ г.

Страховая сумма _____
(сумма цифрами и прописью, валюта страхования)

Установление страховой суммы в иностранной валюте с уплатой
страхового взноса в белорусских рублях Да Нет

Занятие Застрахованным лицом спортом
на профессиональной основе Да Нет

Порядок уплаты страхового взноса: единовременно в два срока

Форма уплаты страхового взноса: наличными безналичным путём

«__» _____ 200__ г.

(подпись Страхователя) (Ф.И.О.)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ (ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ)

ВОПРОСЫ ОБЩЕГО И МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА	
Пожалуйста, сообщите название и адрес поликлиники (лечебного учреждения), которой Вы обычно пользуетесь	
Намереваетесь ли Вы путешествовать в «горячие точки» планеты (места вооружённых конфликтов или военных действий)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Занимаетесь ли Вы на профессиональной основе любым видом спорта, включая соревнования и тренировки Если «Да», то каким _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Состоите ли Вы на учёте в психоневрологическом, наркологическом диспансере? Если «Да», то в каком _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Имеете ли Вы группу инвалидности? Если «Да», то какую _____	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ КОГДА-НИБУДЬ ИЛИ ИМЕЕТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:	
психические заболевания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
инсульт, инфаркт мозга	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
инфаркт миокарда	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
сердечная недостаточность второй и третьей стадии	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
цирроз печени	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
почечная недостаточность	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
гепатит С	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
онкологические заболевания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
атеросклероз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
СПИД или ВИЧ инфицирование	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

Я заявляю, что мои ответы на вопросы, приведённые выше, являются правдивыми и полными.

Я предоставляю страховой компании право произвести индивидуальную оценку страхового риска.

Я понимаю, что должен (должна) сообщить Страховщику обо всех изменениях в роде деятельности и увлечениях, связанных с риском наступления несчастного случая.

Разрешаю любому лечебному учреждению или врачу, куда и к кому я обращался (обращалась), предоставить полную информацию, касающуюся состояния моего здоровья.

Я информирован (информирована) и полностью согласен (согласна), что в случае сообщения мною заведомо ложной информации о состоянии моего здоровья, договор страхования может быть признан недействительным.

Страхователь

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

« ____ » _____ 200__ г.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ

Страховой тариф: _____

Страховщик

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

« ____ » _____ 200__ г.