

ЗАЯВЛЕНИЕ
на заключение договора добровольного страхования от несчастных случаев и болезней

(Ф.И.О., адрес, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи) Страхователя – физического лица, телефон)

Прошу заключить договор страхования от несчастных случаев и болезней на условиях, предусмотренных Правилами добровольного страхования от несчастных случаев и болезней №43, в отношении _____

(Ф.И.О. Застрахованного лица, паспортные данные: идентификационный номер, серия, номер, дата выдачи, телефон.)

(при страховании группы – количество человек согласно списку)

на срок _____ от следующих рисков (отметить знаком Y):

- причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая (подпункт 3.1.1. Правил);
- причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате несчастного случая (подпункт 3.1.2. Правил);
- причинение вреда здоровью Застрахованного лица в результате несчастного случая (получение инвалидности) (подпункт 3.1.4. Правил);
- причинение вреда жизни Застрахованного лица в результате болезни (смерть в результате впервые выявленной болезни) (подпункт 3.1.5. Правил)

Способ уплаты страхового взноса: единовременно в два срока

Комплексное страхование (наличие в ЗАСО «ТАСК» одного и более договоров по другим видам добровольного страхования, действующих на момент заключения договора, или одновременное заключение двух и более договоров по данному виду страхования)

Дата рождения Застрахованного лица _____

Место работы, должность Застрахованного лица _____

- Занятие профессиональным спортом;
- Занятие любительскими видами спорта, активным отдыхом;
- Заключение договора страхования на 2-ой и последующие годы при условии предоставления полиса ЗАСО «ТАСК» и при отсутствии страховых случаев

(№ полиса)

- Проведение рекламных акций;
- Страхователь является штатным сотрудником ЗАСО «ТАСК»;
- С ответственностью Страховщика за страховые случаи, произошедшие вследствие военных действий, гражданской войны;
- При последующем заключении договора страхования при условии, когда сумма выплат по страховым случаям по предыдущему договору в 5 и более раз превысила страховой взнос.

Подтверждаю, что Застрахованное лицо не является инвалидом I, II группы, ребенком-инвалидом, имеющим 3 и 4 степень утраты здоровья, а также не страдает психическими (нервными) заболеваниями и/или расстройствами, не состоит на учете в наркологических и/или психоневрологических и/или противотуберкулезных диспансерах, а также не находится на лечении или обследовании, не находится под следствием и не осужден.

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, лицом, занимающим должность, включенную в определяемый Президентом Республики Беларусь перечень государственных должностей Республики Беларусь*, членом их семей и приближенным к ним лицом да нет

* перечень размещен на официальном сайте Комитета государственного контроля Республики Беларусь (http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/)

« _____ » _____ 20 _____

(подпись Страхователя)