

З А Я В Л Е Н И Е

заполняется при заключении договора страхования физическим лицом
(кроме страхования от несчастных случаев водителей и пассажиров по
“системе мест” либо по “паушальной системе”)

**Прошу заключить договор страхования в соответствии с Правилами №4
добровольного страхования от несчастных случаев**

Страхователь (Ф.И.О.) _____

Адрес _____

Телефон дом. _____ моб. _____

Дата рождения _____ возраст (полных лет) _____

Паспортные данные _____

Застрахованное лицо
(Ф.И.О.) _____

Адрес _____

Телефон дом. _____ моб. _____

Дата рождения _____ возраст (полных лет) _____

Паспортные данные _____

Выгодоприобретатель: _____

Срок действия договора страхования:

с «___» _____ Г. по «___» _____ Г.

Профессия, занимаемая должность _____

Группа риска в зависимости от профессиональной деятельности (1-ая группа, 2-я группа, 3-я группа) _____

Примечание: если профессиональная деятельность Застрахованного лица не указана в данном перечне, то по согласованию сторон она относится к одной из 3-х групп.

Страховая сумма _____

Порядок уплаты страхового взноса: единовременно в два срока
(нужное отметить значком “V”)

Примечание. Настоящим я _____ (Ф.И.О.,
подпись) подтверждаю, что мне известно, что в соответствии с п.8.7.
Правил страхования, если договор страхования предусматривает уплату
страхового взноса в рассрочку, а страховой случай произошел до
наступления срока уплаты очередной части взноса, то из суммы страхового
обеспечения Страховщик удержит неуплаченную часть страхового взноса.

Вариант страхования А В С D E

Занятие спортом:	1) без участия в соревнованиях	<input type="checkbox"/>
	2) включая участие в соревнованиях	<input type="checkbox"/>

<p>Посещаете ли Вы физкультурно-оздоровительные комплексы</p> <p>Вид спорта:</p> <hr/>	<p>да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/></p>
--	---

Количество лет непрерывного страхования в СООО «Белкоопстрах» и в других страховых организациях (год, в котором производились выплаты страхового обеспечения исключается из подсчета) _____

Наименование страховой организации	№ страхового полиса	Срок действия договора страхования	
<p>Наличие заключенных в СООО «Белкоопстрах» договоров по видам добровольного страхования, за исключением добровольного страхования от несчастных случаев (перечислите какие): _____</p>			
Обратились ли Вы с просьбой о страховании через Интернет?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	
Являетесь ли Вы новобрачным?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	
Являетесь ли Вы юбиляром?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	
Обучение на дневных отделениях средних, средне-специальных, высших учебных заведений или посещение ДДУ?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	
Количество членов семьи, страхующихся одновременно?	_____ <input type="checkbox"/>		
Являетесь ли Вы сотрудником либо членом семьи работника Министерства финансов, Министерства экономики Республики Беларусь	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	
Являетесь ли Вы сотрудником либо членом семьи работника системы Белкоопсоюза, СООО «Белкоопстрах»?	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>	

Заключены ли договоры страхования от несчастных случаев в других страховых компаниях (если да, то указать название компании, на какой срок): _____	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
Указать наличие:		
- психических расстройств	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
- инвалидности (если имеется, указать группу)	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
- ВИЧ-инфицирования	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
-злокачественного новообразования, в том числе онкогематологического	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
- тяжелого заболевания эндокринной системы	да <input type="checkbox"/>	нет <input type="checkbox"/>
<u>На день заключения договора страхования не госпитализирован.</u>		

**Я подтверждаю, что все вышеуказанные данные достоверны.
С условиями страхования и страховым тарифом ознакомлен и согласен.**

Страхователь

_____ (Ф.И.О.)

_____ подпись

_____ дата