

**РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ДОЧЕРЕННЕЕ УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
"СТРАВИТА"**

Заявление получено

(наименование подразделения РДУСП "Стравита")

(должность, Ф.И.О. работника)

« ____ » _____ 200__ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о добровольном страховании дополнительной пенсии

Составляется в 2-х экземплярах

Страхователь _____
(Ф.И.О. физического лица, полное наименование юридического лица)

Местонахождение (адрес) _____

Телефон _____ Факс _____

Банковские реквизиты _____

просит заключить в соответствии с правилами №2 добровольного страхования
дополнительной пенсии договор страхования на следующих условиях:

Ф.И.О. застрахованного лица * _____

Адрес, телефон _____

Возраст (полных лет) _____

Ф.И.О. выгодоприобретателя ** _____

Адрес, телефон _____

Размер дополнительной пенсии _____

Срок выплаты дополнительной пенсии: _____

Страховая сумма _____

Показатель участия страхователя в прибыли страховщика (%) _____

Срок действия договора страхования: _____ года (лет) с _____ по _____

Порядок уплаты страховых взносов:

☐ единовременно ☐ ежегодно ☐ ежемесячно

Порядок выплаты бонуса:

☐ ежемесячно ☐ ежеквартально ☐ ежегодно

К заявлению прилагается список застрахованных лиц на _____ листах.

Дата составления заявления « ____ » _____ 200__ г.

Подтверждаем полноту и достоверность изложенных в настоящем заявлении сведений.

С условиями страхования ознакомлены.

Руководитель предприятия _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Министерство финансов
Республики Беларусь
СОГЛАСОВАНО

* При страховании двух и более лиц предоставляется список застрахованных лиц

** Выгодоприобретателем признается застрахованное лицо, а в случае его смерти — наследники застрахованного лица, если в качестве выгодоприобретателя не названо другое лицо (отсутствуют сведения в данном разделе заявления)

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ		
Сумма страхового взноса _____		
Страховой взнос (первоначальный страховой взнос) в сумме _____		
должен быть перечислен на расчетный счет страховщика _____		
в _____		
_____ (должность)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)
« ____ » _____ 200__ г.		

Второй экземпляр заявления о страховании получил:

« ____ » _____ 200__ г.

(должность представителя страхователя)

(подпись)

(Ф.И.О.)

