

Приложение 9
к Правилам №2 добровольного
страхования дополнительной пенсии

РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ДОЧЕРНЕЕ 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), дата рождения _____

Ф.И.О. выгодоприобретателя ** _____

Адрес, телефон _____

Размер дополнительной пенсии _____

Срок и периодичность выплаты дополнительной пенсии: _____

Страховая сумма _____

Показатель участия страхователя в прибыли страховщика (%) _____

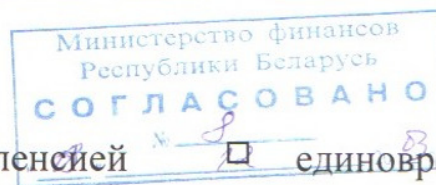
Срок страхования: _____ года (лет) с _____ по _____

Порядок уплаты страховых взносов:

☐ ежемесячно ☐ ежегодно

Порядок выплаты бонуса:

☐ одновременно с дополнительной пенсией ☐ одновременно



* При страховании двух и более лиц предоставляется список застрахованных лиц

** Договор страхования считается заключённым в пользу застрахованного лица, если в договоре страхования не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо (отсутствуют сведения в данном разделе заявления)

Порядок начисления бонуса:

☐ ежемесячно ☐ ежегодно

Норма доходности:

☐ 10% годовых ☐ 8% годовых ☐ 6% годовых ☐ 5 % годовых
☐ 4% годовых

Иные условия договора страхования _____

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.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ

Сумма страхового взноса _____

Страховой взнос (первоначальный страховой взнос) в сумме _____

должен быть перечислен на расчетный счет страховщика _____

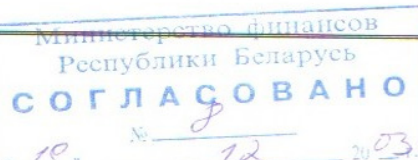
В _____

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 200__ г.



Второй экземпляр заявления о страховании получил:

« _____ » _____ 200__ г.

(должность представителя страхователя)

(подпись)

(Ф.И.О.)