

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
ПО ПРОГРАММЕ ДМС «АЛЬФАКЛЕЩ»**

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения _____
Телефон _____
Адрес _____



Прошу застраховать **меня** по программе ДМС «АльфаКлещ»

А также следующих лиц: (заполняется при страховании родственников, детей, внуков)

	ФИО (полностью)	Дата рождения	Тариф, руб.
Родственник 1			
Родственник 2			
Родственник 3			
Родственник 4			
Родственник 5			
Родственник 6			
Родственник 7			
ИТОГО:			

НА СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ (действуют в отношении каждого застрахованного)

Программа ДМС	Страховая сумма	Оплата	Возраст	Страховая премия (стоимость полиса) за каждого застрахованного
АльфаКлещ	1 000 000 руб.	едино-временно	Дети (до 14 лет включительно) Взрослые*	150 руб. 200 руб.

*** Дети от 15 лет и старше тарифицируются по тарифу для взрослых**

Подтверждаю, что предлагаемые для страхования вышеуказанные лица не были укушены клещом в течение последних 96 часов;

Мне известно, что эти данные учитываются при подписании договора страхования и в случае предоставления заведомо ложных сведений Страховщик имеет право отказать в оплате медицинских услуг, признать договор страхования недействительным (ст.944 ГК РФ) и взыскать с меня причиненный ущерб (стоимость оказанных услуг).

Сведения, указанные в настоящем заявлении подтверждаю, с Правилами страхования, условиями получения медицинской помощи, программой ДМС, перечнем медицинских учреждений, оказывающих помощь по договору добровольного медицинского страхования ознакомлен и согласен;

Согласен на обработку Страховщиком и уполномоченными им третьими лицами сведений, указанных в настоящем заявлении (а также персональных сведений, получаемых Страховщиком при исполнении договора страхования, в т. ч. биометрических и специальных), любыми способами, установленными Законом с целью исполнения договора страхования, а также информирования страхователя о программах страхования, о сроке действия договора и иными целями. Срок использования, обработки и передачи персональных сведений до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве настоящего согласия.

Дата заполнения: □□.□□.□□□□

Подпись заявителя: _____

В бухгалтерию _____

(наименование организации, предприятия)

От _____

(Фамилия, Имя, Отчество)

Прошу удержать из моей заработной платы страховую премию (стоимость полиса) по ДМС в размере _____ рублей и перечислить на расчетный счет Кемеровского филиала АО «АльфаСтрахование» по следующим реквизитам:

Кемеровский филиал АО «АльфаСтрахование», ИНН 7713056834 / КПП 420502002, Р/сч. 40701810526000010037 в Кемеровском отделении № 8615 ПАО Сбербанк, г. Кемерово, К/сч. 30101810200000000612, БИК 043207612

Удержание страховой премии прошу произвести из заработной платы **единовременно**.

Дата заполнения: □□.□□.□□□□

Подпись заявителя: _____