**Ауырған жағдайда ерікті сақтандыру**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шартына № 13 қосымша**

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ ж. бастап**

**Жұмыскерлердің науқастану жағдайына ерікті сақтандыру шарты шеңберінде №\_\_ сақтандыру бағдарламасы бойынша ақылы отбасы мүшесін тіркеуге өтініш (бұдан әрі - өтініш) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20ж. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**қ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20ж.**

**1. Сақтандырылған**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Аты-жөні), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (№ Картаның) \_\_\_\_тармағының және Шартқа № 1 қосымшаның талаптарына сәйкес менің отбасымның төменде көрсетілген № \_\_\_ сақтандыру бағдарламасының тәртібімен және талаптарымен бекітуді сұраймын:

**Ақылы негізде тіркелген сақтандырылушының отбасы мүшесінің деректері:**

|  |  |
| --- | --- |
| Сақтандыру бағдарламасы / карта нөмірі | Бағдарламаның атауы / карта нөмірі |
| Тегі |  |
| Аты, әкесінің аты |  |
| Клиент Мәртебесі |  |
| Туған күні, айы, жылы |  |
| Мекен-жайы, телефоны |  |
| Қызмет көрсету/сақтандыру аймағы |  |
| жеке куәліктің № |  |
| СТН / ЖСН |  |
| Сақтандырылған қызметкердің ЖСН |  |

1. Қосымша сақтандыру сыйлықақысы\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) теңге.

2. Сақтандырылған қызметкер қосымша сақтандыру сыйлықақысын қолма-қол ақшамен, тікелей сақтандырушының кассасына төлейді.

3. Сақтандырушы сақтандырылушының отбасы мүшелеріне медициналық қызметтерді қызметкердің лимиттері шеңберінде Шартты сақтандыру бағдарламасы бойынша сақтандырушы тізіміндегі медициналық ұйымдармен қамтамасыз етуге міндеттенеді.

4. Осы өтініш бойынша сақтандырылушы қызметкердің ақы төленетін отбасы мүшесінің сақтандыру қорғанысының қолданылу кезеңі өтінішке қол қойылған және сақтандыру сыйлықақысы Сақтандырушының кассасына төленген күннен бастап 3 (үш) жұмыс күнінен ерте басталмайды «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2020 және аяқталады «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ жыл.

5. Сақтандырылған қызметкердің отбасы мүшесінің жеке куәлігінің көшірмесі қоса беріледі.

6. Осы өтінім сақтандыру бағдарламасының ажырамас бөлігі болып табылады, 2 (екі) данада, бір данасы сақтандырушыға, екінші данасы (қабылданғаны туралы белгімен) сақтандырылушыға жасалды.

**Тараптардың мекенжайлары мен деректемелері:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сақтандырылған қызметкер:**  Аты-жөні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Мекен-жайы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Жеке куәлігі: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ЖСН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Қолы **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Сақтандырушы:**  Атауы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Мекен жайы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Менеджердің аты-жөні)  М.о. | |
|  | |  | |