**Приложение №13**

**к Договору добровольного страхования на случай болезни**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.**

**Заявление на прикрепление платного члена семьи (далее - Заявка)**

**по программе страхования №\_\_**

**в рамках Договора добровольного страхования на случай болезни работников**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.**

1. **Застрахованный**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (№ карты) в соответствии с условием пункта \_\_\_\_Договора и Приложения № 1 к Договору, прошу прикрепить, в порядке и на условиях Программы страхования № \_\_\_, нижеуказанного члена моей семьи:

**Данные члена семьи Застрахованного прикрепляемого на платной основе:**

|  |  |
| --- | --- |
| Программа страхования/ Номер карты | Наименование программы / Номер карты |
| Фамилия |  |
| Имя, отчество |  |
| Статус Клиента |  |
| День, месяц, год рождения |  |
| Домашний адрес, телефон |  |
| Регион обслуживания/страхования |  |
| № удостоверения личности |  |
| РНН / ИИН |  |
| ИИН Застрахованного работника |  |

1. Дополнительная страховая премия составляет \_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.
2. Дополнительная страховая премия, вносится Застрахованным работником наличным путем, непосредственно в кассу Страховщика.
3. Страховщик обязуется обеспечить членам семьи Застрахованного медицинские услуги медицинскими организациями из списка Страховщика по Программе страхования Договора в рамках лимитов работника.
4. Период действия страховой защиты на платного члена семьи Застрахованного работника, по настоящему Заявлению, начинается не ранее 3 (трех) рабочих дней с даты подписания Заявления и оплаты страховой премии в кассу Страховщика или с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_ года и заканчивается «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года.
5. Копия удостоверения личности члена семьи Застрахованного работника прилагается.
6. Настоящая Заявка является неотъемлемой частью Программы страхования, составлена в 2 (двух) экземплярах, один экземпляр Страховщику, второй экземпляр (с отметкой о принятии) Застрахованному.

**Адреса и реквизиты сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Застрахованный работник:**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Удостоверение личности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Роспись **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Страховщик:**  Наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО менеджера)  М.П. | |
|  | |  | |