

**Приложение 1**

к Правилам №2 добровольного страхования  
дополнительной пенсии УСП "Приорлдайф"  
(для Страхователя - физического лица)  
**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество Страхователя)  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
(индекс) (город, район, область)  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(улица) (дом) (корп.) (кв.)

прошу Вас заключить со мной договор добровольного страхования  
дополнительной пенсии на основании условий Правил № 2 добровольного  
страхования дополнительной пенсии (в редакции от 28.11.2016г.)

Период продолжительности выплаты дополнительной пенсии **5, 10, 15**  
лет, на страховую сумму \_\_\_\_\_

(прописью)

в пользу \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ лет (возраст)  
(Ф.И.О. Застрахованного лица)

\_\_\_\_\_ дата рождения Застрахованного лица)

Страховые взносы обязуюсь уплачивать (нужное отметить, переч.  
квадрат):(наличными деньгами) ☐ (безналичным путем) ☐

Первый страховой взнос будет внесен до "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 г.

В дальнейшем взносы будут вноситься \_\_\_\_\_  
(ежемесячно, ежегодно)

Размер страхового взноса \_\_\_\_\_ (прописью),  
определяется Страховщиком.

Норма доходности \_\_\_\_\_. Вариант страхования ☐ - А, ☐ - Б

*Состояние здоровья Страхователя и Застрахованного соответствуют  
требованиям, изложенным в п.1.3. Правил.*

**Банковские реквизиты Страховщика:**

Банк: ЦБУ 115 «Приорбанк» ОАО в г. Минске, код 749,  
р/с 3011000286012 УСП "Приорлайф".

**С Правилами страхования ознакомлен (а).**

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_  
(подпись Страхователя)

23 687 12 16

**Приложение 1**  
к Правилам №2 добровольного страхования  
дополнительной пенсии УСП "Приорлайф"  
(для Страхователя - юридического лица)

**З А Я В Л Е Н И Е**

\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица - Страхователя)  
просит заключить договор страхования дополнительной пенсии работников нашего юридического лица согласно условиям Правил № 2 добровольного страхования дополнительной пенсии (в редакции от 28.11.2016г.).

Количество Застрахованных \_\_\_\_\_ человек.

Общая страховая сумма \_\_\_\_\_ (прописью).

Первый страховой взнос будет внесен до "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201 г.

В дальнейшем взносы будут вноситься

\_\_\_\_\_ (ежемесячно, ежегодно, единовременно)

**Юридический адрес Страхователя:**

Индекс \_\_\_\_\_

город (район, область) \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_

Размер страхового взноса, определяется Страховщиком.

Норма доходности \_\_\_\_\_. Вариант страхования ☐ - А, ☐ - Б.

**Банковские реквизиты Страховщика:**

Банк: ЦБУ 115 «Приорбанк» ОАО в г. Минске, код 749,  
р/с 3011000286012 УСП "Приорлайф".

**С Правилами страхования ознакомлены.**

Приложение: список работников на \_\_\_\_\_ листах.

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201 г.

Руководитель предприятия \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

23 687 12 16