

СТРАХОВЩИК



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ "СТРАВИТА"
220037, г. Минск, пер. Козлова, 7; тел./факс: (8 017) 245 16 99
р/с BY78MMBN3011000000100989869 в ОАО «Банк Дабрабыт» г. Минск БИК ММВНBY22 УНП 806000046 ОКПО 37568652
https://stravita.by, e-mail: info@stravita.by
Специальное разрешение (лицензия) на право осуществления страховой деятельности от 19.12.2003 №02200/13-00003, выданное Министерством финансов Республики Беларусь

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

ЛИЦЕВОЙ СЧЕТ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА №

ЛС 123456789

Я, ЗАЯВИТЕЛЬ,

Фамилия Имя Отчество	Иванов Петр Иванович		
являюсь	<input checked="" type="checkbox"/> Выгодоприобретателем <input type="checkbox"/> наследником Выгодоприобретателя <input type="checkbox"/> Выгодоприобретателем на случай смерти <input type="checkbox"/> наследником Выгодоприобретателя на случай смерти		
Дата рождения, гражданство	01 . 01 . 1960	Гражданство	Республика Беларусь
Документ, удостоверяющий личность	паспорт	Номер	МР7234567
	Орган, выдавший документ	Дата выдачи	Личный номер 7010160Н070РВ1
	Центральное РУВД г. Минска	01 . 07 . 2018	
Адрес регистрации	Индекс 220000	Страна Республика Беларусь	Область (регион)
	Район	Населенный пункт Минск	
	Улица Лобанка	Дом 14	Корпус Квартира 123
Адрес проживания	<input checked="" type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации <input type="checkbox"/> иной адрес		
	Индекс	Страна	Область (регион)
	Район	Населенный пункт	
	Улица	Дом	Корпус Квартира
Адрес для корреспонденции	<input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации <input type="checkbox"/> совпадает с адресом проживания		
Телефоны, e-mail	моб. + 375297700077	дом.	e-mail ivanivanovich@mail.ru
Имею статус налогоплательщика США	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет		
Являюсь публичным должностным лицом (членом его семьи)	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет		

В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ от 01 . 02 . 2020 № 123456789

_____, ЗАКЛЮЧЕННОМУ

наименование Страхователя – юридического лица, ФИО Страхователя – индивидуального предпринимателя
(в случае коллективного страхования)

НА УСЛОВИЯХ ПРАВИЛ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ "СТРАВИТА"

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> № 1 добровольного страхования жизни | <input type="checkbox"/> № 7 добровольного универсального страхования дополнительной пенсии |
| <input type="checkbox"/> № 3 добровольного страхования жизни (срочные) | <input type="checkbox"/> № 8 добровольного страхования жизни кредитополучателя |
| <input type="checkbox"/> № 4 добровольного страхования жизни в пользу детей | <input type="checkbox"/> № 9 добровольного пожизненного страхования |
| <input type="checkbox"/> № 5 добровольного страхования жизни детей | <input type="checkbox"/> № 10 добровольного страхования жизни от критических заболеваний |
| <input checked="" type="checkbox"/> № 6 добровольного универсального страхования жизни | |

ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

совпадает с Заявителем (раздел не заполняется) иное лицо (требуется заполнение пункта 2)

2. Фамилия Имя Отчество

СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Вид страхового случая	Дата наступления страхового случая
<input type="checkbox"/> Достижение Застрахованным лицом возраста, определённого в договоре страхования / Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования	□□ . □□ . □□□□
<input type="checkbox"/> Смерть / Смерть от несчастного случая Причина смерти: _____	□□ . □□ . □□□□
<input checked="" type="checkbox"/> Инвалидность / Инвалидность от несчастного случая Причина установления инвалидности: _____ Группа инвалидности: <input type="checkbox"/> Первая <input type="checkbox"/> Вторая <input checked="" type="checkbox"/> Третья Степень утраты здоровья ребёнка инвалида: <input type="checkbox"/> Первая <input type="checkbox"/> Вторая <input type="checkbox"/> Третья <input type="checkbox"/> Четвёртая	01 . 06 . 2021
Вред здоровью Вариант: <input type="checkbox"/> Стандарт <input type="checkbox"/> Стандарт +	□□ . □□ . □□□□
<input type="checkbox"/> Временная нетрудоспособность / Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая	□□ . □□ . □□□□
<input type="checkbox"/> Диагностирование / Критическое заболевание Диагноз критического заболевания: _____	□□ . □□ . □□□□

ИНФОРМАЦИЯ О СОБЫТИИ

Дата, место несчастного случая (смерти)	01 . 06 . 2021	Место _____
Обстоятельства несчастного случая (кратко):		
Был ли несчастный случай зафиксирован правоохранительными органами	<input type="checkbox"/> да <input checked="" type="checkbox"/> нет Наименование правоохранительного органа _____	
	ФИО должностного лица, ведущего дело	номер + 375 _____ телефона
Сведения об оказании медицинской помощи по несчастному случаю		
Организация здравоохранения, в которой оказана первая помощь	Наименование	_____
	Адрес	_____
Организация здравоохранения, в которой проводилось лечение (выдано направление на МРЭК)	Наименование	_____
	Адрес	Специализированная МРЭК № 1 УЗ "Минская городская МРЭК"
Орган, проводивший патологоанатомическое исследование либо судебно-медицинскую экспертизу	Наименование	г. Минск, ул. Кальварийская, 5
	Адрес	_____
Организация здравоохранения по месту обслуживания Застрахованного лица	Наименование	УЗ "2-я центральная районная поликлиника Фрунзенского района г.Минска"
	Адрес	г. Минск, ул. Якубовского, 33

ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (только для Правил №4, №6 и №10)

Единовременно / в рассрочку единовременно в рассрочку (выбирается один период выплаты и одна периодичность выплаты)

Вариант выплаты в рассрочку

	Период выплаты	Периодичность выплаты
Правила № 4 (выплата в рассрочку оформляется Соглашением о выплате страхового обеспечения (ренты))	в течение 1 года	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> раз в полгода
	в течение _____ лет (от 2 до 20 лет)	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежеквартально <input type="checkbox"/> раз в полгода <input type="checkbox"/> ежегодно
Правила № 6	в течение 1 года	<input type="checkbox"/> ежемесячно
	в течение _____ лет (от 2 до 10 лет)	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно
Правила № 10	в течение 1 года	<input type="checkbox"/> ежемесячно
	в течение _____ лет (от 2 до 10 лет)	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно
	пожизненно	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно

Выплата бонуса, начисленного При выплате страхового обеспечения в рассрочку:

в течение срока страхования единовременно вместе с первой выплатой страхового обеспечения (ренты) в рассрочку (вариант выплаты совпадает с вариантом выплаты страхового обеспечения (ренты))

**ЗАВЕЩАТЕЛЬНОЕ ЛИЦО (для выплаты неполученной части страхового обеспечения в случае смерти
Застрахованного лица (Выгодоприобретателя)) только для Правил №4 и №10**

Фамилия Имя Отчество	<input type="text"/>		
Степень родства (свойства), гражданство	<input type="text"/>	Гражданство	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>	Номер <input type="text"/>	Личный номер <input type="text"/>
	Орган, выдавший документ <input type="text"/>	Дата выдачи <input type="text"/>	<input type="text"/>
Адрес регистрации	Индекс <input type="text"/>	Страна <input type="text"/>	Область (регион) <input type="text"/>
	Район <input type="text"/>	Населенный пункт <input type="text"/>	
	Улица <input type="text"/>	Дом <input type="text"/>	Корпус <input type="text"/> Квартира <input type="text"/>
Телефоны	моб. + <input type="text"/>	дом. <input type="text"/>	

ДОКУМЕНТЫ, ПРИЛАГАЕМЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Для всех страховых случаев	<input checked="" type="checkbox"/> Договор страхования (страховой полис) (для договора индивидуального страхования)
	<input checked="" type="checkbox"/> Документ, удостоверяющий личность заявителя
	<input type="checkbox"/> Документ, подтверждающий право на получение страхового обеспечения, или его нотариально заверенная копия (для наследников, законных представителей, лиц, действующих на основании доверенности)
Документы по страховому случаю	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/> Удостоверение инвалида, выписка из медицинских документов

ПЛАТЁЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Способ перечисления	перечисление в банк <input type="checkbox"/> почтовым переводом <input checked="" type="checkbox"/>
Банковские реквизиты	банк (подразделение банка) <input type="text"/> БИК <input type="text"/>
	ФИО владельца счёта <input type="text"/>
	тип счёта <input type="checkbox"/> вкладной / текущий <input type="checkbox"/> с доступом через банковскую платежную карточку <input type="checkbox"/> без открытия счёта (через кассу банка)
	номер счёта <input type="text"/>
Адрес для почтового перевода	Индекс <input type="text"/> 220000
	Область (регион) <input type="text"/>
	Район <input type="text"/> Населенный пункт <input type="text"/> Минск
	Улица <input type="text"/> Лобанка
	Дом <input type="text"/> 14 Корпус <input type="text"/> Квартира <input type="text"/> 123

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ

При определении размера страховой выплаты прошу зачесть сумму задолженности по уплате страхового взноса на дату принятия решения по выплате (при наличии указанной задолженности). Согласен с тем, что в случае возврата банком (почтой) перечисленных Страховщиком денежных средств по причине неверно указанных мною платёжных реквизитов либо по причине невостремования, вознаграждение банку (почте) за повторное перечисление будет уплачиваться за мой счёт.

Я даю свое согласие на получение от Государственного предприятия «Стравита» электронных сообщений на свое мобильное устройство (абонентский номер + (A1, MTC, Life)), отправленных с использованием средств электросвязи в сети операторов связи, мобильных приложений (Viber, WhatsApp и др.), Интернет-сервисов и других электронных средств, не противоречащих законодательству Республики Беларусь.

ЗАЯВИТЕЛЬ

<input type="text"/>	Иванов П.И.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
подпись	Фамилия И.О.	дата		