

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 №

01010101010101

Я, ЗАЯВИТЕЛЬ,

Фамилия Имя Отчество	Иванов Иван 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 . 1980	Гражданство	Республика Беларусь
Документ, удостоверяющий личность	Паспорт гражданина Республики Беларусь	Номер	МР01010101010101
	Орган, выдавший документ	Дата выдачи	Личный номер 1010180A101PB1
	Октябрьское РУВД г. Минска	01 . 01 . 2020	
Адрес регистрации	Индекс 220025	Страна Республика Беларусь	Область (регион)
	Район	Населенный пункт	г. Минск
	Улица Могилевская	Дом 1	Корпус Квартира 11
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 checked="" type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации <input type="checkbox"/> совпадает с адресом проживания		
Телефоны, e-mail	моб. + 375291010101	дом.	e-mail Ivanov@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 . 01 . 2010 № 101010101010101

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 checked="" type="checkbox"/> № 5 добровольного страхования жизни детей | <input type="checkbox"/> № 10 добровольного страхования жизни от критических заболеваний |
| <input 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 Иванова Мария Ивановна

СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Вид страхового случая	Дата наступления страхового случая
<input checked="" type="checkbox"/> Достижение Застрахованным лицом возраста, определённого в договоре страхования / Дожитие Застрахованного лица до окончания срока страхования	0 1 . 0 5 . 2 0 2 1
<input type="checkbox"/> Смерть / Смерть от несчастного случая Причина смерти: _____	□ □ . □ □ . □ □ □ □
<input type="checkbox"/> Инвалидность / Инвалидность от несчастного случая Причина установления инвалидности: _____ Группа инвалидности: <input type="checkbox"/> Первая <input type="checkbox"/> Вторая <input type="checkbox"/> Третья Степень утраты здоровья ребёнка инвалида: <input type="checkbox"/> Первая <input type="checkbox"/> Вторая <input type="checkbox"/> Третья <input type="checkbox"/> Четвёртая	□ □ . □ □ . □ □ □ □
<input type="checkbox"/> 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: _____	□ □ . □ □ . □ □ □ □

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

(выплата в рассрочку оформляется Соглашением о выплате страхового обеспечения (ренты))

	Период выплаты	Периодичность выплаты
Правила № 4	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 в течение срока страхования

При выплате страхового обеспечения в рассрочку:

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

ДОКУМЕНТЫ, ПРИЛАГАЕМЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Для всех страховых случаев

- Договор страхования (страховой полис) (для договора индивидуального страхования)
- Документ, удостоверяющий личность заявителя
- 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

ПЛАТЁЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Способ перечисления

перечисление в банк почтовым переводом

Банковские реквизиты

банк (подразделение банка) БИК
 ФИО владельца счёта
 тип счёта вкладной / текущий с доступом через банковскую платёжную карту
 без открытия счёта (через кассу банка)
 номер счёта

Адрес для почтового перевода

Индекс Область (регион)
 Район Населенный пункт
 Улица Дом Корпус Квартира

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 невостребования, 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 + 3 7 5 2 9 1 0 1 0 1 0 1 (A1, МТС, 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

	Иванов И.И.	0 2 . 0 5 . 2 0 2 1	
подпись	Фамилия И.О.	Дата	