

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	МР010101010101
	Орган, выдавший документ	Дата выдачи	Личный номер
	Октябрьское РУВД г. Минска	01 . 01 . 2020	1010180A101PB1
Адрес регистрации	Индекс	Страна	Область (регион)
	220025	Республика Беларусь	
	Район	Населенный пункт	
		г. Минск	
	Улица	Дом	Корпус
	Могилевская	1	
		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	e-mail Ivanov@mail.ru	
	дом.		
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 № 10101010101010101

_____, 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	<input checked="" type="checkbox"/> с Заявителем (раздел не заполняется)	<input type="checkbox"/> иное лицо (требуется заполнение пункта 2)
2. Фамилия Имя Отчество		

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) _____ ОАО "Банк Дабрабыт" _____ БИК _____ ММВНВУ22
 ФИО владельца счёта _____ Иванов Иван Иванович _____
 тип счёта вкладной / текущий с доступом через банковскую платёжную карточку
 без открытия счёта (через кассу банка)
 номер счёта _____ ВУ01ММВН010101010101000000 _____

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 невострбования, 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.	<table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>0</td><td>5</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td></tr></table>	0	2	0	5	2	0	2	1
0	2									
0	5									
2	0	2	1							
подпись	Фамилия И.О.	Дата								