

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 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 . 2000	Гражданство	Республика Беларусь
Документ, удостоверяющий личность	паспорт	Номер	М Р 1 2 3 4 5 6 7
	Орган, выдавший документ	Дата выдачи	Личный номер
	Центральное РУВД г. Минска	01 . 01 . 2018	7 0 1 0 1 0 0 Н 0 0 0 Р В 1
Адрес регистрации	Индекс	Страна	Область (регион)
	220000	Республика Беларусь	
	Район	Населенный пункт	
		Минск	
	Улица	Дом	Корпус
	Червякова	3	2
		Квартира	1
Адрес проживания	<input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации <input checked="" type="checkbox"/> иной адрес		
	Индекс	Страна	Область (регион)
	220000	Республика Беларусь	Минск
	Район	Населенный пункт	
		Минск	
	Улица	Дом	Корпус
	Немига	4	3
		Квартира	2
Адрес для корреспонденции	<input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации <input type="checkbox"/> совпадает с адресом проживания		
Телефоны, e-mail	моб. + 3 7 5 2 9 7 7 7 0 0 7 7	e-mail ivanivanovich@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 . 02 . 2020 № 1 2 3 4 5 6 7 8 9

, 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 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 Екатерина Ивановна

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. + 3 7 5 <input type="text"/>	дом. <input type="text"/>	<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"/> Справка УЗ, выписка из медицинских документов

ПЛАТЁЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Способ перечисления	<input checked="" type="checkbox"/> перечисление в банк <input type="checkbox"/> почтовым переводом	
Банковские реквизиты	банк (подразделение банка) <input type="text"/> ОАО "БанкДабрабыт" 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 checked="" type="checkbox"/> без открытия счёта (через кассу банка)	
	номер счёта <input type="text"/>	
Адрес для почтового перевода	Индекс <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"/>

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 + (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 И.И.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
подпись	Фамилия И.О.	дата		