

## 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    Личный номер 7 0 1 0 1 0 0 Н 0 0 0 Р В 1
	Орган, выдавший документ	Дата выдачи	Центральное РУВД г. Минска    01 . 01 . 2018
Адрес регистрации	Индекс 220000	Страна Республика Беларусь	Область (регион) Минск
	Район	Населенный пункт Минск	
	Улица Червякова	Дом 3	Корпус 2    Квартира 1
Адрес проживания	<input type="checkbox"/> совпадает с адресом регистрации <input checked="" type="checkbox"/> иной адрес		
	Индекс 220000	Страна РБ	Область (регион)
	Район	Населенный пункт Минск	
	Улица Немига	Дом 4	Корпус 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	дом.	e-mail <a href="mailto:IvanIvanovich@mail.ru">IvanIvanovich@mail.ru</a>
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 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 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 checked="" type="checkbox"/> Вред здоровью Вариант: <input type="checkbox"/> Стандарт <input checked="" type="checkbox"/> Стандарт +	07 . 07 . 2021
<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) 07 07 . 2021 Место \_\_\_\_\_ дома

Обстоятельства несчастного случая (кратко): \_\_\_\_\_  
Упал, ударился ногой

Был ли несчастный случай зафиксирован правоохранительными органами  да  нет Наименование правоохранительного органа \_\_\_\_\_  
ФИО должностного лица, ведущего дело \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ + 3 7 5 \_\_\_\_\_ телефона \_\_\_\_\_

Сведения об оказании медицинской помощи по несчастному случаю

Организация здравоохранения, в которой оказана первая помощь  
Наименование \_\_\_\_\_ УЗ "6-я городская клиническая больница"  
Адрес \_\_\_\_\_ г. Минск, ул. Уральская, 5

Организация здравоохранения, в которой проводилось лечение (выдано направление на МРЭК)  
Наименование \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_ УЗ "16-я городская поликлиника"

Орган, проводивший патологоанатомическое исследование либо судебно-медицинскую экспертизу  
Наименование \_\_\_\_\_ г. Минск, ул. Щедрина, д.83  
Адрес \_\_\_\_\_

Организация здравоохранения по месту обслуживания Застрахованного лица  
Наименование \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_

**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 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. + 3 7 5 <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"/> Справка УЗ, листок нетрудоспособности

**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 + 3 7 5  (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		