

**СТРАХОВЩИК**

РЕСПУБЛИКАНСКОЕ УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ "СТРАВИТА"

220037, г. Минск, пер. Козлова, 7; тел./факс: (8 017) 245 16 99

р/с BY78ММВН30110000000100989869 в ОАО "Банк Дабрабыт" г. Минск БИК ММВНBY22 УНП 806000046 ОКПО 37568652

www.stravita.by, e-mail: info@stravita.by

Лицензия на осуществление страховой деятельности от 19.12.2003 №02200/13-00003, выдана Министерством финансов Республики Беларусь

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЕНСИИ)**ЛИЦЕВОЙ СЧЕТ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА № **Я, ЗАЯВИТЕЛЬ,**Фамилия Имя Отчество  
(если таковое имеется)

являюсь

- 
- Выгодоприобретателем
- 
- Выгодоприобретателем на случай смерти
- 
- лицом, имеющим долю в праве собственности на совместно нажитое имущество
- 
- 
- наследником Выгодоприобретателя
- 
- завещательным лицом

Гражданство, дата рождения

Республика Беларусь

Дата рождения  .  . 

Документ, удостоверяющий ЛИЧНОСТЬ (вид документа, серия (при наличии), номер, дата выдачи, наименование или код органа, выдавшего документ, личный номер)

Паспорт гражданина Республики Беларусь

Номер         Личный номер              

Орган, выдавший документ

Октябрьское РУВД г. Минска

Дата выдачи  .  . 

Адрес регистрации

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

Адрес проживания

- 
- совпадает с адресом регистрации
- 
- иной адрес

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

Адрес для корреспонденции

- 
- совпадает с адресом регистрации
- 
- совпадает с адресом проживания

Телефоны, e-mail

моб. +            дом. e-mail 

Имею статус

налогоплательщика США

- 
- Да
- 
- Нет

Являюсь публичным

должностным лицом (членом его семьи)

- 
- Да
- 
- Нет

В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ ПРОШУ ВЫПЛАТИТЬ СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ (ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЕНСИЮ) ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ от  .  .  № 

ОАО "Беларусьбанк"

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

ЗАКЛЮЧЕННОМУ НА УСЛОВИЯХ ПРАВИЛ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ "СТРАВИТА"

- 
- №
- 
- ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЕНСИИ
- 
- 
- №
- 
- ДОБРОВОЛЬНОГО УНИВЕРСАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЕНСИИ

**ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО**

совпадает

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

2. Фамилия Имя Отчество  
(если таковое имеется)**СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**

Вид страхового случая	Дата наступления
<input checked="" type="checkbox"/> Достижение пенсионного возраста	<input type="text" value="01"/> . <input type="text" value="07"/> . <input type="text" value="2025"/>
<input type="checkbox"/> Окончание срока страхования	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Достижение возраста, определенного в договоре страхования	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>

**ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЕНСИИ)**

Выплата дополнительной пенсии

- 
- единовременно (если это предусмотрено в рамках общей суммы накоплений)
- 
- в рассрочку (выбирается один период и одна периодичность выплаты)

Вариант выплаты дополнительной пенсии в рассрочку:

	Период выплаты	Периодичность выплаты
Определенный срок	<input checked="" type="checkbox"/> 1 год	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input checked="" type="checkbox"/> раз в полгода
	<input type="checkbox"/> 5 лет <input type="checkbox"/> 10 лет <input type="checkbox"/> 15 лет <input type="checkbox"/> 20 лет	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> раз в полгода
Пожизненно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно <input type="checkbox"/> раз в полгода
Определенный срок	<input type="checkbox"/> 1 год <input type="checkbox"/> 2 года <input type="checkbox"/> 3 года <input type="checkbox"/> 5 лет <input type="checkbox"/> 10 лет <input type="checkbox"/> 15 лет <input type="checkbox"/> 20 лет	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно
	Пожизненно	<input type="checkbox"/> без гарантированного периода выплаты <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно
Пожизненно	<input type="checkbox"/> с гарантированным периодом выплаты: <input type="checkbox"/> 5 лет <input type="checkbox"/> 10 лет	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно
	<input type="checkbox"/> "семейная пенсия"	<input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно

для Правил № 2

для Правил № 7

Выплата страхового бонуса, начисленного в течение срока страхования (для договоров страхования, заключенных на срок от 3 лет)

При выплате дополнительной пенсии в рассрочку:

единовременно вместе с первой выплатой пенсии

в рассрочку (вариант выплаты совпадает с вариантом выплаты дополнительной пенсии)

## ВТОРОЙ ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ (заполняется только для варианта "семейная пенсия")

Фамилия Имя Отчество (если таковое имеется)			
Дата рождения, гражданство, пол	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Гражданство <input type="text"/>	Пол <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Документ, удостоверяющий личность (вид документа, серия (при наличии), номер, дата выдачи, наименование код органа, выдавшего документ, личный номер)	номер <input type="text"/>	Личный номер <input type="text"/>	Дата выдачи <input type="text"/> . <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. +375 <input type="text"/>	дом. <input type="text"/>	

## ЗАВЕЩАТЕЛЬНОЕ ЛИЦО (для Правил № 2) / ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЬ НА СЛУЧАЙ СМЕРТИ (для Правил № 7)

(для выплаты непополненной части дополнительной пенсии в случае смерти Застрахованного лица (Выгодоприобретателя))

Фамилия Имя Отчество (если таковое имеется)	Иванова Мария Ивановна		
Дата рождения, гражданство	01.02.1959	Гражданство	Республика Беларусь
Документ, удостоверяющий личность (вид документа, серия (при наличии), номер, дата выдачи, наименование или код органа, выдавшего документ, личный номер)	Паспорт гражданина Республики Беларусь номер МР0102030	Личный номер	1111158A010PВ0
Адрес регистрации	Индекс 220025	Страна Республика Беларусь	Область (регион) <input type="text"/>
	Район <input type="text"/>	Населенный пункт г.Минск	
	Улица Могилевская	Дом 1	Корпус <input type="text"/> Квартира 11
Телефоны	моб. +375294567456	дом. <input type="text"/>	

## ДОКУМЕНТЫ, ПРИЛАГАЕМЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Документы по страховому случаю	<input type="checkbox"/> Договор страхования (страховой полис) (для договора индивидуального страхования)
	<input checked="" type="checkbox"/> Документ, подтверждающий право на получение страхового обеспечения, или его нотариально заверенная копия (для наследников, законных представителей, лиц, действующих на основании доверенности, лиц, имеющих долю в праве собственности на совместно нажитое имущество)
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

## ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ ДЛЯ ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Способ перечисления	<input checked="" type="checkbox"/> перечисление в банк	<input type="checkbox"/> почтовым переводом
Банковские реквизиты	банк (подразделение банка) ОАО "Беларусьбанк"	БИК АКВВВУ2Х
	ФИО владельца счета Иванов Иван Иванович	
	тип счета <input type="checkbox"/> вкладной / текущий <input checked="" type="checkbox"/> с доступом через банковскую платежную карточку	<input type="checkbox"/> без открытия счета (через кассу банка)
	номер счета ВУ00АКВВ0101010101010000	
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

Согласен с тем, что в случае возврата банком (почтой) перечисленных Страховщиком денежных средств по причине неверно указанных мною платежных реквизитов либо по причине невостремления вознаграждение банку (почте) за повторное перечисление будет уплачиваться за мой счет.

Приоритетный способ связи со мной для направления сообщений, связанных с договором страхования (о выплате страхового обеспечения и т.п.), от Государственного предприятия "Стравита" на абонентский номер +37529 101 01 01 (А1, МТС, Life), отправленных с использованием средств электросвязи в сети операторов связи, мобильных приложений:

СМС - оповещение

Viber

## ЗАЯВИТЕЛЬ

подпись	Иванов И.И.	02.07.2025
	Фамилия И.О.	дата

Для заявителя - законного представителя, опекуна (попечителя) Выгодоприобретателя, доверенного лица:

являюсь:  законным представителем Выгодоприобретателя  опекуном (попечителем) Выгодоприобретателя  доверенным лицом

Документ, подтверждающий полномочия заявителя:

## СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ СТРАХОВЩИКА

Заявление принято	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	дата	номер регистрации заявления
Специалист Страховщика	подпись	Фамилия И.О.