

СТРАХОВЩИК



РЕСПУБЛИКАНСКОЕ УНИТАРНОЕ СТРАХОВОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ "СТРАВИТА"

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

р/с BY78MMBN30110000000100989869 в ОАО "Банк Дабрабыт" г. Минск БИК ММБНBY22 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

Экз. № 1 - Страховщику

Экз. № 2 - Страхователю

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ №

дата

место составления

Я, СТРАХОВАТЕЛЬ,

Фамилия Имя Отчество

(если таковое имеется)

Пол

☐ Мужской ☐ Женский

Дата и место рождения

Гражданство

Документ, удостоверяющий

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

Орган, выдавший документ

Номер

Личный номер

Дата выдачи

Адрес регистрации

Индекс

Страна

Область (регион)

Район

Населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Квартира

Адрес для корреспонденции

☐ совпадает с адресом регистрации ☐ иной адрес

Индекс

Страна

Область (регион)

Район

Населенный пункт

Улица

Дом

Корпус

Квартира

Телефоны, e-mail

моб.

e-mail

дом.

Имею статус

налогоплательщика США

☐ Да ☐ Нет

Являюсь публичным

должностным лицом (членом его семьи)

☐ Да ☐ Нет

ПРОШУ ЗАКЛЮЧИТЬ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ НА СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЯХ

1. ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ "СТРАВИТА"

☐ № 6 добровольного универсального страхования жизни в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее - Правила № 6)☐ № 7 добровольного универсального страхования дополнительной пенсии в редакции, действующей на дату заключения договора страхования (далее - Правила № 7)

2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО

совпадает

☐ со Страхователем☐ иное лицо (требуется заполнение всех подпунктов)

2.1. Пол

☐ Мужской ☐ Женский

2.2. Фамилия Имя Отчество (если таковое имеется)

2.3. Дата рождения, гражданство

Гражданство

2.4. Документ,

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

Орган, выдавший документ

Номер

Личный номер

Дата выдачи

2.5. Адрес регистрации

ИндексСтранаОбласть (регион)

РайонНаселенный пункт

УлицаДомКорпусКвартира

Телефоны, e-mail

моб. +

3

7

5

е-mail

дом.

Является публичным
должностным лицом
(членом его семьи)

ДаНет

3. ВАЛЮТА СТРАХОВАНИЯ И ВАЛЮТА УПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВЗНОСА

3.1. Валюта страхования

3.2. Валюта уплаты страхового
взноса

Белорусский рубль (BYN)

4. СРОК СТРАХОВАНИЯ

Срок страхования

летмесдней с

0

0

час

0

0

мин··по··

датадата

Договор страхования вступает в силу с даты заключения договора страхования

5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ, ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И СТРАХОВАЯ СУММА, НОРМА ДОХОДНОСТИ

5.1. Страховые случаи:

ЛИМИТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
(цифрами в валюте страхования)

Достижение пенсионного
возраста:л.мес.

Достижение возраста:л.мес.дн.

Смерть

Смерть от несчастного случая

Инвалидность

Инвалидность от несчастного случая

Вред здоровью

"стандарт"

"стандарт +"

Временная нетрудоспособность

Временная нетрудоспособность в результате несчастного случая

Критическое заболевание

5.2. Страховая сумма

цифрами и прописью в валюте страхования

5.3. Норма доходности

6. СТРАХОВОЙ ВЗНОС

6.1. Страховой взнос по
договору страхования

цифрами и прописью в валюте страхования

6.2. Порядок уплаты страховых
взносов

дочиславключительно

периода страхования

6.3. Размер первой
(очередной) части страхового
взноса

цифрами и прописью в валюте страхования

6.4. Первая часть страхового
взноса будет уплачена не
позднее

··на счет Страховщика

в ОАО "Банк Дабрабыт" г. Минск БИК MMBNBY22
№ BY78MMBN30110000000100989869 (BYN)

дата

7. ПЕРИОД ОХЛАЖДЕНИЯ

Период охлаждения составляет __ календарных дней со дня заключения договора страхования. В течение периода охлаждения Страхователь вправе отказать от договора страхования и получить уплаченный страховой взнос полностью при условии отсутствия в данном периоде события, которое впоследствии может быть признано страховым случаем по договору страхования.

7.1. Я (Страхователь) отказываюсь от включения в договор страхования условия о периоде охлаждения*

подпись

Фамилия И.О.

data

* При заключении договора страхования при посредничестве страхового агента-юридического лица период охлаждения является обязательным.

8. ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛИ

Если Выгодоприобретатель не указан, то договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица.

Если Выгодоприобретатель по страховому случаю "смерть"/"смерть от несчастного случая" (Выгодоприобретатель на случай смерти для Правил № 7) не назначен, то выплаты производятся наследникам Застрахованного лица и (или) лицам, имеющим долю в праве собственности на совместно нажитое имущество (если это предусмотрено Правилами страхования).

Выгодоприобретатель по всем страховым случаям, кроме страхового случая "смерть" и "смерть от несчастного случая"

☐ Застрахованное лицо ☐ Страхователь (только для Правил № 6, если Застрахованным лицом является лицо младше 18 лет)

Выгодоприобретатель по страховому случаю "смерть"/"смерть от несчастного случая"(Выгодоприобретатель на случай смерти для Правил № 7)

№	Фамилия Имя Отчество (если таковое имеется)	Дата рождения	Гражд- данство	Идентифика- ционный номер	Для иностранного гражданина (лица без гражданства): данные документа, удостоверяющего личность (вид документа, серия (при наличии), номер, дата выдачи)	Адрес регистрации, контактный телефон	Доля от выплаты, %
---	--	------------------	-------------------	---------------------------------	--	--	-----------------------

[illegible]

Является публичным должностным лицом (членом его семьи)	Да	Нет
---	----	-----

[illegible]

Является публичным должностным лицом (членом его семьи)	Да	Нет
---	----	-----

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ К УКАЗАННОЙ ВЫШЕ ИНФОРМАЦИИ/ ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

№ пункта	Комментарии

10. ПОРЯДОК ОБМЕНА ДОКУМЕНТАМИ

Страхователь считается извещенным надлежащим образом, если:

до даты вступления в силу изменений и/или дополнений в договор страхования, либо совершения иного действия по договору страхования Страховщик располагает сведениями о получении адресатом направленной ему корреспонденции по адресу для корреспонденции;

адресат отказался от получения корреспонденции, направленной ему Страховщиком по адресу для корреспонденции, и такой отказ документально зафиксирован;

адресат не явился за получением корреспонденции, направленной ему Страховщиком по адресу для корреспонденции в установленном порядке, о чем имеется сообщение (отметка) оператора почтовой связи;

корреспонденция, направленная Страховщиком по последнему известному Страховщику (указанному в договоре страхования) адресу для корреспонденции, не вручена в связи с отсутствием адресата по указанному адресу, о чем имеется сообщение (отметка) оператора почтовой связи.

11. ПРИЛОЖЕНИЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Заявление-анкета Застрахованного лица

--	--

--	--

Я (Страхователь) с условиями страхования и Правилами страхования ознакомлен и согласен.

ПОДПИСЬ

Фамилия И.О.

data

12. СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Размер вознаграждения представителя Страховщика	%	от страхового взноса по договору страхования
---	---	--

13. ДЕКЛАРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ

Я заявляю, что вопросы, изложенные в настоящем Заявлении, в том числе Заявлении-анкете (при его заполнении) однозначны, мне понятны.

Ответы на вопросы настоящего Заявления, в том числе Заявления-анкеты (при его заполнении) являются полными и достоверными. Я понимаю, что предоставление ложных сведений, в том числе сведений, указанных Застрахованным лицом (его законным представителем) в Заявлении-анкете, может стать основанием для признания договора страхования недействительным.

Я обязуюсь предоставить по требованию Страховщика дополнительную информацию и обеспечить прохождение Застрахованным лицом медицинского обследования.

Я обязуюсь незамедлительно письменно уведомить Страховщика обо всех изменениях в информации, указанной в настоящем Заявлении и в Заявлении-анкете (при его заполнении), в срок не позднее одного месяца с момента изменения. Я также понимаю, что значительность изменений будет определяться Страховщиком и это необходимо для определения страхового риска. Я понимаю, что изменение степени риска может повлечь изменение условий договора страхования. Я также понимаю, что в случае моего отказа проинформировать Страховщика об изменениях степени риска, в том числе сведений, указанных в Заявлении-анкете (при его заполнении), или несвоевременного информирования, и отказа изменить условия страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования (в соответствии с главой 29 Гражданского кодекса Республики Беларусь). В случае расторжения договора страхования страховые выплаты по нему будут невозможны.

Я (Страхователь) согласен, что в случае моей смерти права и обязанности Страхователя по договору страхования переходят к

Фамилия Имя Отчество (если таковое имеется)

являющемуся(-ейся) Застрахованным лицом (Выгодоприобретателем) по заключаемому договору страхования с его (ее) согласия.

Я (Страхователь) обязуюсь уплачивать очередные части страхового взноса на следующие счета Страховщика № BY78MMBN30110000000100989869 (BYN) в ОАО "Банк Дабрабыт" г. Минск БИК MMBNBY22

 . .

подпись

Фамилия И.О.

дата

Приоритетный способ связи со мной для направления сообщений, связанных с договором страхования (об уплате очередной части страхового взноса, о выплате страхового обеспечения и т.п.), от Государственного предприятия "Стравита" на абонентский номер +375 _____ (А1, МТС, Life), отправленных с использованием средств электросвязи в сети операторов связи, мобильных приложений:

☐ СМС - оповещение

☐ Viber

 . .

подпись

Фамилия И.О.

дата

Представитель Страховщика разъяснил мне следующую информацию:

размер страхового взноса за весь срок действия договора страхования, рассчитанный в отношении Застрахованного лица, и периодичность его уплаты (пункт 6 настоящего Заявления);

размер гарантированной доходности (нормы доходности), подлежащий начислению по договору страхования (пункт 5 настоящего Заявления);

размер вознаграждения, причитающийся представителю Страховщика (пункт 12 настоящего Заявления);

размер страховой суммы (лимитов ответственности), установленный на Застрахованное лицо (пункт 5 настоящего Заявления);

перечень событий, которые по условиям договора страхования могут быть признаны и не признаны страховыми случаями (главы 4 и 5 Правил № 6 и Правил № 7);

порядок и условия внесения изменений (дополнений) в договор страхования (глава 9 Правил № 6 и Правил № 7);

условия осуществления страховой выплаты по договору страхования при наступлении страхового случая (глава 12 Правил № 6 и Правил № 7);

условия, при наступлении которых Страховщик освобождается от осуществления страховой выплаты (пункт 22 Правил № 6 и пункт 19 Правил № 7);

порядок досрочного прекращения (расторжения) договора страхования и размер подлежащих возврату денежных средств, а также порядок расчета и выплаты гарантированной доходности (нормы доходности), выкупной суммы, если их выплата предусмотрена условиями страхования при досрочном прекращении (расторжении) договора, условие о выплате дополнительной доходности (страхового бонуса) (главы 13 и 14 Правил № 6 и Правил № 7);

порядок разрешения споров (глава 15 Правил № 6 и Правил № 7);

возможность отказаться от договора страхования в период охлаждения (пункт 7 настоящего Заявления).

Представитель Страховщика проинформировал меня о налоговых вычетах и льготах по заключаемому договору страхования в соответствии с Налоговым кодексом Республики Беларусь (Особенная часть).

 . .

подпись

Фамилия И.О.

дата

14. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА)

Я заявляю, что ответы на вопросы настоящего Заявления, в том числе Заявления-анкеты (при его заполнении) являются полными и достоверными. Я понимаю, что предоставление ложных сведений может стать основанием для признания договора страхования недействительным.

Я (Застрахованное лицо (законный представитель Застрахованного лица)) согласен с назначением Выгодоприобретателей.

 . .

подпись

Фамилия И.О.

дата

15. ДЕКЛАРАЦИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СТРАХОВЩИКА

Настоящим подтверждаю, что информация предоставлена Страхователем и Застрахованным лицом лично. Застрахованное лицо и Страхователь лично поставили свои подписи.

Мною установлены личности Страхователя и Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, в том числе и на основании ознакомления с их документами, удостоверяющими личность.

Мне неизвестно об информации или фактах, сокрытых Страхователем или Застрахованным лицом при ответах на вопросы заявления о заключении договора страхования и Заявления-анкеты (при его заполнении).

Мною лично оказаны посреднические услуги по страхованию и принято настоящее Заявление и документы, указанные в пункте 11 настоящего Заявления.

 . .

должность	подпись	Фамилия И.О.	дата
СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ СТРАХОВЩИКА			
Уплата страхового взноса (первой его части)	. .		
	дата		
Поступление страхового взноса (первой его части) на расчетный счет Страховщика	. .		
	дата	наименование платежного документа	номер платежного документа
Специалист Страховщика			. .
	подпись	расшифровка подписи	дата