

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

именной лицевой счет Застрахованного лица
(дата и номер договора страхования)

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

05.05.2023

(дата заявления)

СТРАХОВЩИКУ:

Унитарное страховое предприятие «БелВЭБ Страхование» (УСП «БелВЭБ Страхование»)

ул. Скрыганова, д. 6, к. 405, 220073, г. Минск, Республика Беларусь; УНП100766905,

тел.: +375 17 209 25 45, факс: +375 17 209 25 25; e-mail: info@bvs.by; www. bvs.by;

специальное разрешение (лицензия) на право осуществления страховой деятельности от 31.03.2004 № 02200/13-00026

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Иванов Иван Иванович

наименование Страхователя – юридического лица, ФИО Страхователя – физического лица, индивидуального предпринимателя

Я, ЗАЯВИТЕЛЬ:	<input checked="" type="checkbox"/> Выгодоприобретатель	<input type="checkbox"/> Наследник	<input type="checkbox"/> Представитель
ФИО (полностью)	Иванов Иван Иванович		
дата рождения	04.05.1960	личный номер	1111111A111PB1
гражданство	Республика Беларусь	документ, удостоверяющий личность	паспорт
серия и номер	MP1111111	дата выдачи	01.01.2023
орган, выдавший документ	Фрунзенское РУВД г. Минска		
адрес и телефон	г. Минск, ул. Петрова, д.127, кв.740		
статус	налогоплательщик США:	<input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет	публичное должностное лицо (член его семьи): <input type="checkbox"/> Да <input checked="" type="checkbox"/> Нет
Номер и дата доверенности (для Представителя)			

ПРОШУ ОСУЩЕСТВИТЬ ВЫПЛАТУ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СВЯЗИ С НАСТУПЛЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:

<input checked="" type="checkbox"/>	достижение возраста	<input type="checkbox"/>	достижение пенсионного возраста
<input type="checkbox"/>	смерть	<input type="checkbox"/>	смерть от несчастного случая
<input type="checkbox"/>	инвалидность	<input type="checkbox"/>	инвалидность от несчастного случая
<input type="checkbox"/>	вред здоровью	<input type="checkbox"/>	медицинские расходы

ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ:

Единовременно

<input type="checkbox"/> В рассрочку	<p>Период и периодичность выплаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> по добровольному комбинированному страхованию дополнительной пенсии: <i>Период выплаты дополнительной пенсии:</i> <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"/> пожизненно <i>Вариант выплаты пожизненной пенсии:</i> <input type="checkbox"/> без наследования <input type="checkbox"/> со сроком наследования 5 лет <input type="checkbox"/> со сроком наследования 10 лет <input type="checkbox"/> семейная пенсия <i>Периодичность выплаты дополнительной пенсии</i> <input type="checkbox"/> ежемесячно <input type="checkbox"/> ежегодно по добровольному смешанному страхованию жизни: <input type="checkbox"/> 2 года <input type="checkbox"/> 3 года <input type="checkbox"/> 4 года <input type="checkbox"/> 5 лет <i>один раз в течение календарного года в соответствии с условиями заключенного договора страхования</i>
--------------------------------------	--

ДОКУМЕНТЫ, ПРИЛАГАЕМЫЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ:	
<input checked="" type="checkbox"/>	не прилагаются (для страховых случаев «достижение возраста», «достижение пенсионного возраста»)
<input type="checkbox"/>	копия свидетельства о смерти
<input type="checkbox"/>	копия врачебного свидетельства о смерти или заключения патологоанатомической экспертизы
<input type="checkbox"/>	копия документа, подтверждающего обстоятельства несчастного случая
<input type="checkbox"/>	копия акта о несчастном случае на производстве (акта о профессиональном заболевании формы ПЗ-1)
<input type="checkbox"/>	копия заключения МРЭК или копия удостоверения инвалида
<input type="checkbox"/>	официальный документ учреждения здравоохранения
<input type="checkbox"/>	свидетельство о праве на наследство или его нотариально заверенная копия
<input type="checkbox"/>	документ, подтверждающий право на получение денежных средств, или его нотариально заверенная копия (для лиц, действующих на основании доверенности, законных представителей, опекунов, попечителей)
<input type="checkbox"/>	иные документы
ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ НА ПЕРЕЧИСЛЕНИЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ:	
Банк	<input checked="" type="checkbox"/> ОАО «Банк БелВЭБ» <input type="checkbox"/> иной _____ (наименование банка)
БИК	BELBBY2X
УНП банка	100010078
Счет банка	BY37BELB38190025911560226000
Номер лицевого счета (карт-счета)	X
Номер договора лицевого счета (карт-счета)	X
ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:	
<p>С порядком выплаты страхового обеспечения ознакомлен и согласен.</p> <p>Согласен с тем, что в случае возврата банком перечисленных Страховщиком денежных средств по причине неверно указанных мною платежных реквизитов либо по причине не востребоваания, вознаграждение банку за повторное перечисление будет уплачиваться за мой счет.</p> <p>Подтверждаю, что вся указанная в данном Заявлении информация является полной и достоверной.</p>	
ЗАЯВИТЕЛЬ:	
<input checked="" type="checkbox"/>	 _____ (подпись)
	Иванов И.И. _____ (фамилия, инициалы заявителя)
СЛУЖЕБНЫЕ ОТМЕТКИ:	
Дата и время предоставления заявления заявителем	
Номер регистрации заявления	
	 _____ (подпись)
	_____ (фамилия, инициалы представителя Страховщика)