

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

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

2 8. 0 1. 2 0 1 3 № 1 / 1 3

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:

Открытое акционерное общество «Белвнешэкономбанк» (ОАО «Банк БелВЭБ»)
просп. Победителей, 29, 220004, г. Минск, Республика Беларусь

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 type="checkbox"/>	достижение возраста	<input checked="" 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: Период выплаты дополнительной пенсии: <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 Вариант выплаты пожизненной пенсии: <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 Периодичность выплаты дополнительной пенсии <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 один раз в течение календарного года в соответствии с условиями заключенного договора страхования
--------------------------------------	--

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	BY36BELB38190025911690226000
Номер лицевого счета (карт-счета)	X
Номер договора лицевого счета (карт-счета)	X
ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ:	
<p>С порядком выплаты страхового обеспечения ознакомлен и согласен. 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. 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)