



От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Страхователя (выгодоприобретателя))

Адрес: \_\_\_\_\_ тел: \_\_\_\_\_

Договор страхования № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_

Банк-эмитент \_\_\_\_\_ Номер карточки \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### на выплату страхового возмещения

Прошу выплатить страховое возмещение за ущерб, возникший в результате (нужное отметить):

<input type="checkbox"/> утраты карточки	<input type="checkbox"/> использования третьими лицами поддельной карточки для оплаты товаров и/или снятия наличных денежных средств
<input type="checkbox"/> хищения карточки в результате противоправных действий третьих лиц	<input type="checkbox"/> незаконного списания денег со счета в большем размере, чем стоимость товара/услуги при их оплате
<input type="checkbox"/> повреждения карточки (описать повреждение)	<input type="checkbox"/> хищения путем грабежа либо разбоя наличных денежных средств, снятых в банкомате либо в отделении банка по карточке
<input type="checkbox"/> утраты карточки в результате неисправной работы устройства самообслуживания (банкомата, платежного терминала)	<input type="checkbox"/> утраты, хищения либо повреждения вместе с карточкой документов
<input type="checkbox"/> завладения третьими лицами в результате насильственных действий карточкой и/или пин-кодом от карточки	<input type="checkbox"/> повреждения либо хищения приобретенного по карточке товара
<input type="checkbox"/> несанкционированного использования карточки третьими лицами в результате ее утраты держателем либо хищения у него	<input type="checkbox"/> несанкционированного списания денег со счета карточки, не выбывшей из владения страхователя, в результате обмана и/или введения в заблуждение держателя карточки в ходе телефонного разговора, обмена сообщениями через интернет или интернет-мошенничества (фишинг)

Обстоятельства случившегося: \_\_\_\_\_  
(описать обстоятельства происшедшего, в т.ч. место, дата)

Сумма ущерба: \_\_\_\_\_

Меры по уменьшению убытка:

- сообщение в банк (время, дата, место) \_\_\_\_\_
- сообщение в компетентные органы (время, дата, место) \_\_\_\_\_
- не предпринимались \_\_\_\_\_

Происшествие зарегистрировано: \_\_\_\_\_  
(наименование органа, дата, должность, ФИО)

Прилагаемые документы: \_\_\_\_\_

**Выплату страхового обеспечения прошу перечислить в кассу банка:**

(необходимо выбрать банк и вариант из предложенных ниже)

**в кассу банка (по паспорту, без открытия счета):**

- ОАО Белинвестбанк
- ЗАО Банк ВТБ (Беларусь)

**на карт-счет (при его наличии):**

- ЗАО МТБанк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_
- ЗАО Альфа-Банк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_
- ОАО Сбер Банк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_

От Права требования к виновному лицу в пределах выплаченной Страховщиком суммы возмещения в пользу ЗАСО "Имклива Иншуранс" отказываюсь.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)