



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

Адрес: \_\_\_\_\_ тел: \_\_\_\_\_

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

Банк-эмитент \_\_\_\_\_ Застрахованный банковский вклад № \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### на выплату страхового возмещения

Прошу выплатить страховое возмещение за недополученные проценты в результате досрочного расторжением банковского вклада вследствие страхового случая *(нужное отметить)*:

Болезнь Выгодоприобретателя (его близкого родственника), возникшая по истечении не менее 30 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу и повлекшей его нетрудоспособность на срок более 60 календарных дней	Повреждение, утрата жилого помещения, транспортного средства Выгодоприобретателя или его супруга (супруги) вследствие пожара, взрыва, стихийного бедствия, противоправных действий третьих лиц, ДТП, возникшее по истечении не менее 30 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу
Смерть Выгодоприобретателя (его близкого родственника), близкого родственника супруга (супруги) Выгодоприобретателя, возникшая по истечении не менее 30 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу	Причинение Выгодоприобретателем вреда имуществу потерпевших при пользовании жилым помещением, дачей, жилым домом, повлекшее за собой предъявление к Выгодоприобретателю обоснованного требования возмещения причиненного вреда, возникшее по истечении не менее 30 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу
Расторжение трудового договора с Выгодоприобретателем по инициативе нанимателя вследствие временной нетрудоспособности, ликвидации юридического лица, сокращения численности (штата) работников возникшее по истечении не менее 90 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу	Совершение в отношении Выгодоприобретателя (его близких родственников) противоправных действий третьими лицами, повлекшее за собой необходимость получения медицинской помощи в виде хирургического вмешательства, возникшие по истечении не менее 30 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу
Установление Выгодоприобретателю (его близкому родственнику) I или II группы инвалидности по истечении не менее 30 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу	Потеря дохода Выгодоприобретателем вследствие перевода его на менее оплачиваемую работу вследствие заболевания, исключающего в дальнейшем возможность продолжать работу по прежней специальности в прежних условиях труда, возникшая по истечении не менее 60 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу
Установление ребенку Выгодоприобретателя категории «ребенок-инвалид» третьей или четвертой степени утраты здоровья по истечении не менее 30 календарных дней со дня вступления договора страхования в силу	

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сумма неполученного дохода: \_\_\_\_\_

Прилагаемые документы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Выплату страхового обеспечения прошу перечислить *(необходимо выбрать банк и вариант из предложенных ниже)*:

в кассу банка:

ЗАО «Банк ВТБ (Беларусь)»

на карт-счет в белорусских рублях:

ЗАО МТБанк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_

ОАО БПС-Сбербанк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)