

ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ПЕНСИОННЫЙ КАПИТАЛ

Директору СООО «Приорлайф»
Ковганову Александру Сергеевичу

(ФИО Заявителя,
дата рождения,
данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер,
идентификационный номер,
дата выдачи, кем выдан),
адрес регистрации,
контактный телефон)

Я являюсь:

- ☐ застрахованным лицом
☐ доверенным лицом застрахованного лица
☐ законным представителем (опекуном, попечителем) застрахованного лица

Заявление

В связи с наступлением страхового случая:

✓ **Достижение застрахованным лицом пенсионного возраста и окончание срока страхования**

прошу выплатить мне сумму страхового обеспечения по договору добровольного страхования дополнительной пенсии № _____ от _____. _____. _____. _____.

Периодичность выплаты страхового обеспечения (указать нужно):

☐ единовременно

☐ в рассрочку:

☐ ежемесячно

☐ в течение 3-х лет

☐ в течение 10-ти лет

☐ ежеквартально

☐ в течение 5-ти лет

☐ в течение 15-ти лет

☐ ежегодно

При выборе выплаты страхового обеспечения в рассрочку, укажите вид дополнительной пенсии:

☐ наследуемая дополнительная пенсия

☐ не наследуемая дополнительная пенсия

Денежные средства прошу перечислить/перечислять (указать нужно):

☐ на счет № _____,

(в формате IBAN, 28 знаков)

открытый в банке* _____;

ФИО владельца счета _____;

*Перечень банков: «Приорбанк» ОАО, ОАО «БНБ-Банк», ОАО «Белинвестбанк», ЗАО «Нео Банк Азия» ЗАО «МТБанк», ОАО «АСБ Беларусбанк», ОАО «Сбербанк»; ОАО «Белагропромбанк», ОАО «Банк БелВЭБ», ОАО «Белгазпромбанк», ЗАО «Альфа Банк» – в белорусских рублях; «Приорбанк» ОАО – в иностранной валюте.

☐ по паспортным данным в «Приорбанк» ОАО без открытия счета.

ПРОДОЛЖЕНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЙ СТРАНИЦЕ

Приложения (указать нужные):

☐ Договор страхования

☐ Документ, подтверждающий полномочия заявителя (для доверенного лица, законного представителя): № _____ от ____ . ____ . _____

- Уведомлен, что представитель страховщика (банк, брокер, страховой агент) не уполномочен совершать действия по выплате страхового обеспечения.
- Время пересылки документов не входит в срок, в течение которого страховщик обязан произвести выплату.

☐ Уведомлен о необходимости отключить автооплату (если была подключена)

(Дата)

(Подпись)

(ФИО)

Заявление принял

(Должность, подпись, ФИО, дата)