

## ЗАСО «Промтрансинвест»

*Иванов Иван Иванович*

*г. Минск, ул. Воронянского, 1-25*

(Ф.И.О. заявителя/страхователя, адрес проживания)

паспорт серия *MP № 1234567*

*Октябрьским РУВД г.Минска, 01.03.2015*

(выдан кем, когда)

*3010175A068PB6*

(идентификационный номер)

*29 654 32 01*

(контактный телефон, обязательно код оператора)

Договор страхования №*79501-19/0005270003*

срок страхования с *06.04.2019* по *05.04.2020*

Пострадавшее застрахованное лицо

(если отличается от заявителя/страхователя)

*Иванов Петр Иванович, 31.12.2005*

фамилия, имя, отчество (полностью), дата рождения

### **Заявление о выплате страхового обеспечения**

(программа «Комплексная помощь» (С защитой от клеща)

В связи с укусом клеща я обратилась(ся) в организацию здравоохранения (аптеку)

*3 детская поликлиника, Центр гигиены и эпидемиологии, аптека Искamed.*

(указать название)

дата (даты) обращения *06.05.2019, 07.05.2019*

где оказаны и самостоятельно оплачены следующие медицинские услуги:

№	Медицинская услуга (наименование препарата, иное)	Сумма, рублей
	<i>Осмотр врача-терапевта и удаление клеща</i>	<i>45 рублей</i>
	<i>Исследование клеща</i>	<i>12 рублей</i>
	<i>Антибиотик Юнидокс</i>	<i>12 рублей</i>

Прошу возместить понесенные мною медицинские расходы в (ОАО «Белинвестбанк», РУППС «Белпочта»).

Оплаченные счета и медицинские документы прилагаются на 5 листах.

Перечень документов:

*чек об оплате консультации врача-терапевта от 24.05.2019;*

*заклучение терапевта от 24.05.2019;*

*чек об оплате лекарств от 24.05.2019*

*чек об оплате услуг ЦГиЭ от 26.05.2019;*

*заклучение ЦГиЭ от 03.06.2019.*

«10» июня 2019 года

\_\_\_\_\_  
(подпись, ФИО)