



Номер дела

ЗАСО «Промтрансинвест»

(от) _____

адрес регистрации: _____

паспорт: серия _____ № _____

кем выдан _____

дата выдачи _____

номер телефона: + 375 (____) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

договор страхования: _____

Ф.И.О. застрахованного лица: _____

идентификационный (личный) номер: _____

адрес проживания (если не совпадает с адресом регистрации): _____

страна пребывания _____

дата события (первых симптомов заболевания): _____

обстоятельства наступления (с указанием места, времени, состояния, где была оказана медицинская помощь): _____

Мною понесены расходы за:

осмотр (прием врача) в сумме: _____

приобретение лекарств в сумме: _____

телекоммуникационная связь со Страховщиком в сумме: _____

иные расходы _____ в сумме: _____

К заявлению прилагаются документы (за исключением копий страниц паспорта 31- 33):

1. _____

2. _____

3. _____

Прошу произвести страховую выплату посредством перечисления на: (отметить)

☐ ООО «Белинвестбанк» (без открытия счета)

☐ на карт-счет получателя (28 символов) с указанием наименования банка
ВУ _____ банк _____

(карт-счет должен принадлежать получателю выплаты, счет должен быть только зарплатным или пенсионным)

☐ РУП «Белпочта» (любое отделение Республики Беларусь)*

*сумма выплаты хранится в течение 1 месяца.

« ____ » _____ 20 ____ г.

подпись

Ф.И.О