



**ПРОМТРАНСИНВЕСТ**  
страховая компания

|            |  |
|------------|--|
| Номер дела |  |
|------------|--|

ЗАСО «Промтрансинвест»

(от) \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

номер телефона: + 375 ( ) \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

договор страхования: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. застрахованного лица: \_\_\_\_\_

адрес проживания (если не совпадает с адресом регистрации):

дата обращения в организацию здравоохранения (аптеку): \_\_\_\_\_

Обстоятельства события (причина обращения и наименование УЗ, где была оказана медицинская услуга)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Мною понесены расходы в сумме: \_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Расходы предварительно согласованы со Страховщиком? (да/нет) \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

(Выплата производится на зарплатный или пенсионный карт-счет, открытый непосредственно на имя получателя)

РУП «Белпочта» (любое отделение Республики Беларусь)

(сумма выплаты хранится в течение 1 месяца)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

подпись

фамилия