



Директору
ЗАСО "Имклива Иншуранс"

от _____
(Фамилия, имя, отчество)

проживающего (ей) по адресу:

тел. _____

страховой полис № _____

паспорт серии _____ № _____

кем выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о страховом случае

Во время моего пребывания в _____

Я был(а) вынужден(а) обратиться к врачу в связи с _____

Диагноз: _____

Дата обращения за медицинской помощью: _____

Мною были оплачены медицинские услуги на сумму: _____

Выплату страхового обеспечения прошу перечислить в кассу банка:

(необходимо выбрать банк и вариант из предложенных ниже)

в кассу банка (по паспорту, без открытия счета):

- ОАО Белинвестбанк
- ЗАО Банк ВТБ (Беларусь)

на карт-счет (при его наличии):

- ЗАО МТБанк, карт-счет ВУ _____
- ЗАО Альфа-Банк, карт-счет ВУ _____
- ОАО Сбер Банк, карт-счет ВУ _____

К заявлению прилагаются следующие документы:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| _____ | _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| _____ | _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |
| _____ | _____ |

« _____ » _____ 202 _____ г.

(подпись)