



Директору  
ЗАСО "Имклива Иншуранс"

\_\_\_\_\_  
(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 (*необходимо выбрать банк и вариант из предложенных ниже*):

в кассу банка:

ЗАО «Банк ВТБ (Беларусь)»

на карт-счет **в белорусских рублях**:

ЗАО «МТБанк», карт-счет ВУ \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаются следующие документы:

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)