

Приложение № 1
к Приказу № 9
от 15.02.2024г.
(действует с 01.04.2024)

ФИО руководителя, наименование обособленного подразделения

фамилия, имя, отчество заявителя

зарегистрирован по адресу _____

телефон _____

договор страхования (страховой полис) _____

срок страхования _____

данные документа, удостоверяющего личность
(вид, серия, номер, идентификационный номер, дата выдачи, выдавший
орган, срок действия) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выплатить мне страховое обеспечение в связи с наступле-
нием страхового случая по договору страхования № _____
Фамилия, имя, отчество Застрахованного лица _____
Дата страхового случая _____

Описание страхового случая _____

Прилагаемые документы:

- акт о несчастном случае на транспорте _____;
- проездной документ _____;
- страховой полис/договор страхования _____;

Прошу выплатить страховое обеспечение _____

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

разрешаю получать информацию о состоянии моего здоровья (здоровья ребенка) у лечащего врача, из лечебных учреждений Республики Беларусь и иных государств.

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, лицом, занимающим должность, включенную в определяемый Президентом Республики Беларусь перечень государственных должностей Республики Беларусь, членом их семей и приближенным к ним лицом да нет

« ____ » _____ 20 _ г.

(подпись Застрахованного лица)