 **ЗАСО «Белнефтестрах»**

\_*Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО заявителя

\_\_*г.Минск ул.Притыцкого д.10 кв.221,тел.80291110011*\_\_

адрес фактического проживания, телефон, e-mail

\_*паспорт МР31831822, выдан Фрунзенским РУВД г.Минска\_*

данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер,

\_*10.10.2021\_\_\_4231279А012РВ5\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на выплату страхового обеспечения по договору добровольного страхования от несчастных случаев**

Прошу произвести выплату страхового обеспечения по договору добровольного страхования от несчастных случаев *серии НСО №375220 от 01.06.2022* №, серия, дата заключения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

договора страхования

в связи с несчастным случаем, произошедшим со мной (Застрахованным лицом)

\_\_\_\_\_\_\_*сыном – Ивановым Александром Ивановичем*\_\_\_\_\_\_Дата рождения

указать ФИО застрахованного лица

Дата произошедшего события «*10*» *января 2023г*.

Обстоятельства наступления события: \_*на улице поскользнулся, упал на руку,* указать место, причину и обстоятельства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *получил перелом правой руки*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наступления, характер повреждений (какая травма получена, какой установлен диагноз)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Указать, в каком медицинском учреждении оказана первая медицинская помощь и (или) проведено лечение\_\_*6ГКБ, 2-я детская поликлиника*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

О несчастном случае заявлено в компетентные органы *(указывается в случаях, когда проводилось расследование несчастного случая) \_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование компетентного органа

Страховое обеспечение прошу выплатить путём перечисления:

\* в банк \_\_\_\_*ОАО «Дабрабыт»*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать банк

□ иным способом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать способ

Указанные в заявлении сведения даны правдиво и добросовестно.

Мне известно, что ложные и сознательно неполные сведения могут повлечь отказ Страховщика в выплате страхового обеспечения.

Застрахованное лицо (Выгодоприобретатель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_*Иванов И.И.*\_)

*«10» февраля 2023г*.