Директору СООО «Приорлайф»

Борисевичу А.И.

**Иванова Владислава Геннадьевича**\_\_

*(ФИО)*

**МР 4015622, 404071982С011РВ0\_\_\_**

*Паспортные данные (серия, номер, личный номер)*

\_\_\_**Заводским РУВД г. Минска, 22.05.2010**

*Кем и когда выдан паспорт*

**г. Минск, ул. Нестерова, 6-129**\_\_\_\_\_

*Адрес проживания*

**+375 44 484 46 00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Номер мобильного телефона*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Настоящим информирую о получении Застрахованным лицом –

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Владислав Геннадьевич\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(*ФИО ребенка)*

Травмы **перелом левой лучевой кости руки. 22.05.2018 г. в 12.30, по адресу г. Минск, ул. Филимонова, 12, мой ребёнок получил травму по причине падения с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ двухъярусной кровати.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(указать наименование травмы, дату, место (адрес) и описать полное обстоятельство несчастного случая, повлекшее получение травмы)***

**МКБ 10. Перелом левой лучевой кости. После случившейся травмы, ребёнок был доставлен в приёмное отделение УЗ Городская Клиническая больница Скорой Медицинской Помощи, расположенной по адресу: г. Минск, ул. Л. Кижеватова, 58. Был проведён осмотр врача, сделан рентген, наложен гипс и назначен осмотр у врача-хирурга по месту жительства.**

**10.06.2018 года мы обратились к врачу по месту жительства. Врач осмотрел, сделал повторный рентген. По результатам осмотра врача, был повторно наложен гипс и назначен следующий приём.**

**31.06.2018 года был следующий осмотр врача-хирурга и рентген. По результатам осмотра мы получили заключение о том, что кость срослась и ребёнку были назначены восстановительные процедуры.**

**С 01.07.2018 по 10.07.2018 ребёнок посещал физиотерапевтические процедуры.**

*(****указать сведения об оказании первой медицинской помощи (полное наименование медицинского учреждения), включая дату обращения и последующем лечении)***

В связи с наступлением страхового случая: «вред здоровью Ребенка» прошу выплатить мне сумму страхового обеспечения по договору страхования жизни детей

№ **240005862** от **05.04.2010 г.**

Денежные средства прошу перечислить:

на счет № **749115-00031-053457** (в формате IBAN), открытый в «Приорбанк» ОАО

Приложение документов согласно Правил № 5 “Добровольного страхования жизни и здоровья детей»:

- Копия договора страхования

- Официальный документ учреждения здравоохранения о лечении застрахованного Ребенка (листок нетрудоспособности, справка, выписка из медицинских документов, амбулаторной карты, истории болезни, эпикриз и т.д.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

нужное подчеркнуть

**10.07.2018** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

Дата Подпись

Заявление принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

Должность Подпись