

от _____

(ФИО Страхователя или лица подающего заявление)

адрес: _____

телефон: _____

электронная почта: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с договором страхования ДМС № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

Прошу оплатить медицинские расходы в связи _____

(указать причину обращения в медицинское учреждение)

Застрахованному _____

(Фамилия И. О.)

В результате события, которое произошло « ____ » _____ 20 ____ г.

По факту события обратился: « ____ » _____ 20 ____ г. _____

(наименование медицинского учреждения)

Фактические затраты прошу перечислить по прилагаемым банковским реквизитам в сумме _____

(сумма к перечислению)

К заявлению прилагаются: *(перечень документов, которые имеются на момент подачи заявления)*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Договор страхования (полис); | <input type="checkbox"/> Выписка из истории болезни; | <input type="checkbox"/> Банковские реквизиты; |
| <input type="checkbox"/> Паспорт РФ заявителя (копия); | <input type="checkbox"/> Договор на оказание платных медицинских услуг; | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Свидетельство о рождении (копия); | <input type="checkbox"/> Чек/квитанция об оплате; | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Справка из травм. пункта; | | <input type="checkbox"/> _____ |

« ____ » _____ 20 ____ г. _____

(подпись)

Фамилия И.О.

Документы принял сотрудник Отдела урегулирования убытков _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

РЗУ

рублей