

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 | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Свидетельство о рождении (копия); | медицинских услуг;                                   | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> Справка из травм. пункта;         | <input type="checkbox"/> Чек/ квитанция об оплате;   | <input type="checkbox"/> _____                 |

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись) Фамилия И.О.

Документы принял сотрудник Отдела урегулирования убытков \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

РЗУ	рублей
-----	--------

