



От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Застрахованного лица/Страхователя)

Адрес регистрации/проживания \_\_\_\_\_

Контактный (е) тел: \_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан): \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**на выплату страхового обеспечения**  
**по договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**  
**добровольного страхования медицинских расходов**

Прошу выплатить страховое обеспечение (компенсировать понесенные мною расходы) в размере:  
\_\_\_\_\_ в связи с оплатой оказанных мне (Застрахованному)  
(сумма цифрами и прописью)

\_\_\_\_\_ следующих медицинских услуг:

(Ф.И.О. Застрахованного лица)

- врачебная консультация;
- приобретение медикаментов;
- лабораторные исследования;

- инструментальные исследования;
- физиотерапевтическое лечение;
- стоматологические услуги.

Дата обращения в организацию здравоохранения: \_\_\_\_\_

Наименование организации здравоохранения: \_\_\_\_\_

Поставленный диагноз, перечень оказанных медицинских услуг: \_\_\_\_\_

**Выплату страхового обеспечения прошу перечислить в кассу банка:**

*(необходимо выбрать банк и вариант из предложенных ниже)*

**в кассу банка (по паспорту, без открытия счета):**

- ОАО Белинвестбанк
- ЗАО Банк ВТБ (Беларусь)

**на карт-счет (при его наличии):**

- ЗАО МТБанк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_
- ЗАО Альфа-Банк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_
- ОАО Сбер Банк, карт-счет ВУ \_\_\_\_\_

**Приложения:**

Перечислить и приложить к заявлению документы, подтверждающие факт Вашего обращения за медицинской помощью – договор оказания платных услуг (№ и дату), чеки об оплате полученных медицинских услуг, приобретения лекарств с указанием их наименования, направления, выданные врачами на получение медицинских услуг, приобретение лекарств

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

*Разрешаю Страховщику запрашивать и получать сведения о состоянии моего здоровья (здоровья Застрахованного лица), проведенном лечении из организаций здравоохранения, в которых оказывалась медицинская помощь (обслуживалось Застрахованное лицо) по поводу заявленного страхового случая.*

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)