



От Крузенитерна Ивана Фёдоровича
(Ф.И.О. Застрахованного лица/Страхователя)

Адрес регистрации/проживания: г. Минск, ул. Грибоедова, д.1, кор.2, кв.3

Контактный (е) тел: +375(29)765-43-21

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

серия РВ 1234567, выдан 01.01.2001 Советским РУВД г. Минска

ЗАЯВЛЕНИЕ
на выплату страхового обеспечения
по договору № АЛБ15ВБП21 № 123456789 от 01.01.2021
добровольного страхования медицинских расходов

Прошу выплатить страховое обеспечение (компенсировать понесенные мною расходы) в размере:
75,30 руб. (семьдесят пять рублей тридцать копеек) в связи с оплатой оказанных мне (Застрахованному)

(сумма цифрами и прописью)

Крузенитерну Ивану Фёдоровичу 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: 01.02.2022, 05.02.2022

Наименование организации здравоохранения: «Санте», «Инвитро»

Поставленный диагноз, перечень оказанных медицинских услуг: Гипотиреоз?

консультация врача-эндокринолога

анализ крови на гормоны щитовидной железы

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 указать карт-счет):

- ЗАО МТБанк, карт-счет **ВУ 87 МТВК 3819 0000 0000 0035 3409**
 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

- копия паспорта
- копия договора страхования
- чек (оригинал) об оплате медицинских услуг (2 шт.)
- копия договора на оказание платных медицинских услуг (2 шт.)
- копия консультативного заключения (направления) врача

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.

« 10 » февраля 2022 г.

ШРр
(подпись)