



От Иванова Ивана Ивановича

(Ф.И.О. Застрахованного лица/Страхователя)

Адрес регистрации/проживания г.Минск, ул.Р.Люксембург, 1-19

Контактный (е) тел: +375 29 123 45 65

Данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан): MP12345
Московским РУВД г.Минска 01.02.2012г.

ЗАЯВЛЕНИЕ
на выплату страхового обеспечения
по договору № ИБр1234567 от 01.12.2017
добровольного страхования медицинских расходов

Прошу выплатить страховое обеспечение (компенсировать понесенные мною расходы) в размере:
30,00 ВУН (Тридцать рублей 00 копеек)

(сумма цифрами и прописью)

в связи с (нужное отметить):

- врачебной консультацией;
 приобретением медикаментов;
 лабораторными исследованиями;

- инструментальными исследованиями;
 физиолечением;
 стоматологическими услугами

Дата обращения в организацию здравоохранения: 25.03.2018, 10.05.2018, 11.05.2018

Наименование организации здравоохранения: ООО «ФАРМРОЕКТ», ООО «Космо Фарма»

Поставленный диагноз, перечень оказанных медицинских услуг: Острый фарингит

Выплату страхового обеспечения прошу перечислить в кассу банка:

- ЗАО Банк ВТБ (Беларусь)
 ЗАО «ИДЕЯ БАНК»

(необходимо выбрать банк)

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 договора страхования
- Копия паспорта
- Копия консультативного заключения
- Оригиналы чеков о покупке медикаментов (2 шт.)
-
-

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

" 13 " декабря 2018г.

Подпись застрахованного лица