



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:

_____ (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: _____

Наименование организации здравоохранения: _____

Поставленный диагноз, перечень оказанных медицинских услуг: _____

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

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

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.

" _____ " _____ 201__ г.

_____ Подпись застрахованного лица