



Директору
ЗАСО "Имклива Иншуранс"

(Фамилия, имя, отчество)

проживающего (ей) по адресу:

тел. _____
страховой полис № _____ от _____
паспорт серии _____ № _____
выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о страховом случае

Во время моего пребывания в _____

Я был(а) вынужден(а) обратиться к врачу в связи с _____

Диагноз: _____

Дата обращения за медицинской помощью: _____

Мною были оплачены медицинские услуги на сумму : _____

Прошу возместить мне мои расходы.
Сумму страхового обеспечения прошу выплатить _____

К заявлению прилагаются следующие документы:

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

« ____ » _____ 201__ г.

_____ (подпись)