

От Крузенштерна 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)

(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: 01.02.2021, 05.02.2021

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 (необходимо выбрать банк и вариант из предложенных ниже):

в кассу банка:

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

на карт-счет:

- ЗАО МТБанк, 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. копия паспорта
2. копия договора страхования
3. чек (оригинал) об оплате медицинских услуг (2 шт.)
4. копия договора на оказание платных медицинских услуг (2 шт.)
5. 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 20 21 г.

ЩРР

подпись застрахованного лица