



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 (необходимо выбрать банк и вариант из предложенных ниже):

в кассу банка:

ЗАО «Банк ВТБ (Беларусь)»

на карт-счет в белорусских рублях:

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. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

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.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)