



От _____
(Ф.И.О. Застрахованного лица)

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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> врачебной консультацией; | <input type="checkbox"/> инструментальными исследованиями; |
| <input type="checkbox"/> приобретением медикаментов; | <input type="checkbox"/> физиолечением; |
| <input type="checkbox"/> лабораторными исследованиями; | <input type="checkbox"/> стоматологическими услугами |

Дата обращения в организацию здравоохранения: _____

Наименование организации здравоохранения: _____

Поставленный диагноз, перечень оказанных медицинских услуг: _____

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

Заявление принял и в журнале зарегистрировал под № _____

" _____ " _____ 201__ г. Отдел страхования _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)