

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

Страховой полис № _____

1. Имя / Фамилия застрахованного _____
2. Дата рождения, IDNP _____
3. Место жительства / юридический адрес _____
4. Место временного пребывания/адрес _____
5. Телефон: _____ Эл. почта _____
6. Дата события, от _____ до _____

Факт случая подтверждается следующими документами, которые прилагаются:

- копия страхового полиса;
- копия документа, удостоверяющего личность застрахованного;
- копия / оригинал медицинского заключения (медицинская карта);
- копия / оригинал медицинского рецепта (кол. __);
- оригинал чека (кол. __).

Другие оригиналы документов или копии:

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

7. Укажите имя Получателя платежа : _____

8. Предъявленная сумма к выплате: _____

Выплата возмещения: наличными банковский перевод

Банковские реквизиты (заполняются при банковском переводе):

Код IBAN: _____

Код банка: _____

9. Прошу направить корреспонденцию по данному запросу на электронный адрес, указанный выше ДА / НЕТ

Дата _____

Подпись