

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

Страховой полис № _____

1. Имя / Фамилия застрахованного _____
2. IDNR/ИДНО _____
3. Дата рождения _____
4. Место жительства / юридический адрес _____
5. Место временного пребывания/адрес _____
6. Телефон: _____ Эл. почта _____
7. Дата события _____ страна _____
8. Событие (зачеркнуть): внезапное заболевание несчастный случай смерть
9. Обращались в службу поддержки (MONDIAL Assistance)? ДА, дата _____ НЕТ

Прилагаю следующие документы:

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

Описание случая (обстоятельства)

10. Укажите имя Получателя платежа: _____

Предъявленная сумма к выплате: _____ (укажите валюту)

Прошу выплату произвести: застрахованному доверенному лицу
 больнице другое

Выплата возмещения: наличными банковский перевод

Банковские реквизиты (заполняются при банковском переводе):

Код IBAN: _____

Код банка: _____

Дата _____

Подпись