

от _____

проживающего по адресу _____

телефон _____
паспорт РФ: серия _____ номер _____
выдан _____

e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВУЮ ВЫПЛАТУ
по программе страхования медицинских и иных расходов

В соответствии с договором страхования (страховым полисом) № _____ от
«__» _____ 201__ г. прошу Вас произвести страховую выплату по случаю с Застрахованным
(фамилия, имя) _____

Свершившееся событие, в результате которого возникла претензия по страховой выплате *(детально опи-
сать обстоятельства страхового случая):*

Диагноз врача:

Продолжительность лечения с «__» _____ 201__ г. по «__» _____ 201__ г.

Перечень расходов, связанных со страховым случаем, с указанием их стоимости (указать размер и целевое назначение произведенных расходов):

- а) _____
- б) _____

- в) _____
- г) _____
- д) _____
- е) _____

Было ли обращение (звонок) в Сервисную компанию: _____

(если нет, объясните причину)

Какие из расходов и в каком размере оплачивались Сервисной компанией:

Общая сумма заявленных расходов (ущерба):

Страховую выплату прошу перечислить /выплатить наличными (нужное подчеркнуть):

Для перечисления предоставить информацию из банка о его реквизитах (указать название банка, № отделения, к/счет, р/счет, БИК, ИНН, номер рублевого лицевого счета)

Перечень прилагаемых документов:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____

_____ (_____)
(подпись) (Фамилия И.О.)

« _____ » _____ 201__ г.

Документы принял: _____ Дата " _____ " _____ 201__ г.



(495) 739-01-01 доб.: 3122, 2853, 2259, 74655, 73567



case_report@soglasie.ru (в теме письма указать Ф.И.О.)