

Голові Правління ПрАТ «СК «Євроінс Україна»» Бойчину М. М.

(Прізвище)

(Ім'я та по-батькові)

Поштовий індекс та адреса фактичного проживання

--	--	--	--	--

[illegible]

ЗАЯВА на страхову виплату

Згідно Договору медичного страхування (далі - ДМС) №

--	--	--	--	--	--

 -4301-

--	--	--	--	--	--

Страхова карта №

Строк дії договору ДМС: 3 2 0 по 2 0 р.

Прошу здійснити мені страхову виплату для компенсації витрат за:

– придбання медикаментів, лікарських засобів	☐
– медичні послуги (лікування, обстеження, консультації, стоматологічні послуги)	☐

У зв'язку із подією, що має ознаки страхового випадку, що стався в період дії

Договору добровільного медичного страхування, а саме:

			2	0		
--	--	--	---	---	--	--

 року

В закладі охорони здоров'я

(назва закладу охорони здоров'я)

Витрати становлять

Страхову виплату прошу здійснити:

– в відділенні банку Аваль (по системі Raiffeisen EXPRESS)*	☐
– на розрахунковий рахунок (<i>обов'язково надати виписку з банку з повними реквізитами</i>)	☐

До заяви додаю такі документи:

– Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера	☐
– Копія 1,2,11 сторінок паспорта громадянина України	☐
– Медичні документи: виписки, направлення, листки лікарських призначень, тощо)	☐
– Квитанції, касові (фіскальні) та відповідні їм товарні чеки /оригінали/	☐
– Інші документи	☐

Увага!

Я попереджений(а), що недостовірність наданих мною відомостей про подію, що має ознаки страхового випадку, може призвести до часткової або повної відмови у страховій виплаті.

* Я повідомлений(а), що для отримання страхового відшкодування необхідно звернутися до найближчого відділення «Райффайзен Банк» з оригіналом паспорту та довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру. Також, повідомлений, та погоджуюсь, що при виплаті по системі «Raiffeisen EXPRESS» буде утримана комісія за РКО (розрахунково-касове обслуговування).

_____ року

(підпис заявника)

Документи прийняв

(підпис)

(П.И.П.)