EUROINS UKRAINE
MEMBER OF EUROHOLD

Голові Правління ПрАТ «СК «Євроінс Україна» Яковенко А. В.

(Прізвище)

(Ім'я та по-батькові)

Поштовий індекс та адреса фактичного проживання

№ тел.

ЗАЯВА на страхову виплату

Згідно Договору добровільного медичного страхування (далі - ДМС) № –4301–

Страхова карта № –4301–

Строк дії договору ДМС: з . . 20 по . . 20 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: . . 20 року

в закладі охорони здоров'я _____
(назва закладу охорони здоров'я)

Витрати становлять _____

Страхову виплату прошу здійснити:

– в відділенні банку Аваль (по системі Аваль Експрес)*	☐
– на розрахунковий рахунок(обов`язково надати виписку з банку з повними реквізитами)	☐

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 Аваль» з оригіналом паспорту та довідки про присвоєння індивідуального податкового номеру. Також, повідомлений, та погоджуюсь, що при виплаті по системі «Аваль-Експрес» буде утримана комісія за РКО (розрахунково-касове обслуговування).**

_____
(підпис заявника)

. . 20 року
(дата заяви)

Документи прийняв _____ _____
(підпис) (П.І.П.)