

(Прізвище)									
(Ім'я та по-батькові)									
Паспорт		№		Дата видачі					
Ким виданий	_____								
Ідентифікаційний №	_____								
Поштовий індекс та адреса фактичного проживання	_____								

№ тел.	_____								

ЗАЯВА на страхову виплату

Договір добровільного медичного страхування (далі - ДМС) № _____ -430 - _____ від _____ 2 _____ р.
 Строк дії договору ДМС: з _____ 2 _____ по _____ 2 _____ р.

Прошу здійснити мені страхову виплату для компенсації витрат за:

- придбання медикаментів, лікарських засобів	<input type="checkbox"/>
- медичні послуги (лікування, обстеження, консультації, стоматологічні послуги)	<input type="checkbox"/>

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 Аваль Експрес)	<input type="checkbox"/>
- на розрахунковий рахунок обов'язково виписка з банку з повними реквізитами	<input type="checkbox"/>

До заяви додаю такі документи:

- Копію вкладиша до Договору ДМС, або картки	<input type="checkbox"/>
- Додаток до Договору ДМС: програма, винятки (копії)	<input type="checkbox"/>
- Копію довідки про присвоєння ідентифікаційного номера	<input type="checkbox"/>
- Копія 1,2,11 сторінок паспорта громадянина України	<input type="checkbox"/>
- Медичні документи: виписки, направлення, листкилікарських призначень, тощо)	<input type="checkbox"/>
- Копія листка непрацездатності _____ № _____	<input type="checkbox"/>
- Квитанції, касові (фіскальні) та відповідні їм товарні чеки /оригінали/	<input type="checkbox"/>
- Інші документи	<input type="checkbox"/>

Увага! При наданні невірної інформації витрати Застрахованій особі не компенсуються

_____ (підпис заявника) _____ 2 _____ року (Дата заяви)

Документи прийняв _____ (підпис) _____ (п.і.п.)