

СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Заявление о возмещении

Заявитель

Застрахованный:

Имя, фамилия:

Перс. код:

Телефон:

э-почта:

Номер карты:

Представитель Застрахованного (если Вы подаете заявление от имени застрахованного):

Имя, фамилия:

Перс. код:

Телефон:

э-почта:

К заявлению прилагаю следующие документы, связанные с получением застрахованной услуги

Количество:

Общая сумма (EUR):

Страховое возмещение выплатить перечислением

☐ Застрахованному

Банк:

☐ Уполномоченному лицу*

Номер счета:

* При выборе выплаты страхового возмещения Уполномоченному лицу необходимо предоставить нотариальную доверенность.

Дополнительная информация

Если к заявлению приложены оригиналы платежных документов, то после принятия решения оригиналы частично оплаченных и неоплаченных платежных документов:

☐ Не желаю получить

☐ Желаю получить по почте на указанный в заявлении адрес Застрахованного:

☐ простым письмом

☐ заказным письмом

Если к заявлению приложены отсканированные платежные документы или их копии, обязуюсь хранить оригиналы приложенных к заявлению документов в течение всего срока действия страхового договора и немедленно предоставить их ВТА по требованию.

Своей подписью подтверждаю, что:

1. Я предоставил (-а) достоверную информацию;
2. Я не буду требовать компенсацию, за часть убытков, возмещенную ВТА, от других учреждений.

Заявитель

Имя, фамилия:

Подпись:

Дата: