

(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 картка № -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 вкладиша до Договору ДМС (поліс), або картки

 – Додаток до Договору ДМС: програма, винятки (копії)

 – 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 паспорта 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.п.п.)