

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

(Просим обратить внимание на каждый пункт и предоставить всю запрашиваемую информацию)

Страховой полис № _____

1. Имя / Фамилия застрахованного _____
2. Дата рождения IDNP _____
3. Место жительства / юридический адрес _____
4. Телефон: _____ Эл. почта _____
5. Дата события _____

6. Факт события подтверждается следующими документами, которые прилагаются:

- ☐ копия страхового полиса и договора;
☐ копия / оригинал медицинского заключения (медицинская карта, рентгенограммы).

Другие оригиналы документов или копии:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Описание случая (обстоятельства)

7. Укажите имя Получателя платежа: _____

Дата рождения _____

IDNP _____

Выплата возмещения: ☐ наличными ☐ банковский перевод

Банковские реквизиты (заполняются при банковском переводе):

BIC/SWIFT: _____ Валюта счета MDL

IBAN: _____

Дата _____

Подпись _____

*Представленные данные были проверены,
подтверждаю их правильность.*