

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 _____
4. Телефон: _____ Эл. почта _____
5. Дата события, от _____ до _____

6. Факт случая подтверждается следующими документами, которые прилагаются:

- ☐ копия страхового полиса;
- ☐ копия / оригинал медицинского заключения (медицинская карта);
- ☐ оригинал чека (кол. ____).

Другие оригиналы документов или копии:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

7. Укажите имя Получателя платежа: _____

Дата рождения _____

IDNP _____

8. Предъявленная сумма к выплате: _____

Выплата возмещения: ☐ наличными ☐ банковский перевод

Банковские реквизиты (заполняются при банковском переводе):

BIC/SWIFT: _____ Валюта счета MDL

IBAN: _____

9. Прошу направить корреспонденцию по данному запросу на электронный адрес, указанный выше ДА ☐ / НЕТ ☐

Дата _____

Подпись

*Представленные данные были проверены,
подтверждаю их правильность.*