

**Директору  
ТОО «Medical Assistance Group»  
г-ну Чалгимбаеву Н.И.**

От застрахованного

\_\_\_\_\_ (ФИО, полностью)

\_\_\_\_\_ (Наименование организации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Номер пластиковой карточки ДМС \_\_\_\_\_

Прошу Вас возместить мне расходы за приобретение мной медицинских услуг/медикаментов (*перечислить виды услуг*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ в клинике/аптеке, не входящей в сеть Ассистанса за наличный расчет в сумме \_\_\_\_\_ тенге.

Приобретение услуг было осуществлено по причине \_\_\_\_\_

Подтверждающие документы прилагаются: (*перечень документов*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Компенсацию расходов прошу произвести на Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Удостоверение личности № \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

ИИН \_\_\_\_\_

IBAN счет \_\_\_\_\_

Банк \_\_\_\_\_

Согласен(а) на удержание комиссии банка за осуществления перевода, согласно действующим тарифам банка.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Заключение медицинских экспертов:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Входящий № \_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_