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

От застрахованного, **город** _____

_____
(ФИО, полностью)

_____

_____
(Наименование организации)

Контактный телефон _____

Номер страховой 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 (обязательно)

Платежные реквизиты (расчетный счет)_____

Банк_____

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

*Заявление с приложением документов, подтверждающих наступление страхового случая и понесенных затрат, должно быть подано не позднее 30 (тридцати) календарных дней после даты получения услуг, если иное не предусмотрено Договором страхования на случай болезни.

Заключение медицинских экспертов: Дата_____

_____

Подпись_____

_____

_____

_____

Входящий № _____

От _____