***Голові Правління АТ «Страхова кмпанія «ІНГО»***

***Гордієнко І.М.***

***від***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Прізвище, ім’я, по батькові*** |  |
| ***Адреса фактичного місця проживання*** |  |
| ***Адреса прописки*** |  |
| ***Паспорт: номер, серія, ким та коли виданий*** |  |
| ***Ідентифікаційний номер фізичної особи*** |  |
| ***Контактний номер телефону*** |  |
| ***Електронна адреса*** |  |

№ договору/сертифікату застрахованої особи/картки застрахованої особи

З А Я В А

Під час перебування в \_

*(країна, місто)*

з до 20 р.

Прошу відшкодувати понесені мною витрати, пов'язані з настанням вищеописаного

страхового випадку, в розмірі еквівалентному \_\_ / /

*(сума прописом)*

Шляхом перерахування коштів на банківський рахунок:

назва банку , IBAN ,

поповнення к/р №

Оплачені рахунки, квитанції, оригінал довідки з медичної установи із зазначенням діагнозу захворювання, інші документи, що підтверджують факт про оплату лікування та придбання медикаментів, згідно призначення лікаря, додаються, а саме:

|  |  |
| --- | --- |
| ***1*** | ***Копія договору/сертифікату застрахованої особи/картки застрахованої особи*** |
| ***2*** |  |
| ***3*** |  |
| ***4*** |  |
| ***5*** |  |
| ***6*** |  |
| ***7*** |  |

***« »\_ 20 р. ПІП та підпис заявника \_***

***« » 20 р. ПІП та підпис працівника \_***