

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 _____

ЗАЯВА

Під час перебування в _____

з _____ до _____ 20__ р.

(країна, місто)

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 _____