

Председателю Правления
АСК «ИНГО Украина»
Гордиенко Игорю Николаевичу
Застрахованного(-ой) _____
(указать Ф.,И.,О Застрахованного)
карточка мед.страхования (полис) № _____
компания-страхователь _____
контактный телефон № _____
E-mail: _____

З А Я В Л Е Н И Е
на выплату страхового возмещения по медицинскому страхованию

Прошу возместить мне сумму в размере _____ гривен _____ копеек
(_____)
(укажите, пожалуйста, сумму прописью)

за:
(выделите, пожалуйста, нужную ячейку)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Медицинские препараты |
| <input type="checkbox"/> | Обслуживание в медицинском учреждении: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Стоматологические услуги |
| <input type="checkbox"/> | Оздоровительные услуги |

_____ (укажите, пожалуйста, полное название учреждения и его адрес)

В СВЯЗИ С _____

согласно оригиналам следующих документов, прилагаемых к данному Заявлению:

(отметьте, пожалуйста, нужную ячейку)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Рецепт - _____ шт. |
| <input type="checkbox"/> | Фискальный кассовый чек - _____ шт. |
| <input type="checkbox"/> | Квитанция к приходному кассовому ордеру - _____ шт. |
| <input type="checkbox"/> | Товарный чек - _____ шт. |
| <input type="checkbox"/> | Выписка из истории болезни - _____ шт. |
| <input type="checkbox"/> | Консультативное заключение - _____ шт. |
| <input type="checkbox"/> | Копия справки о присвоении идентификационного кода. |
| <input type="checkbox"/> | Копия паспорта _____ |
| <input type="checkbox"/> | Копии регистрационных документов лечебного учреждения на _____ ст. |

Страховое возмещение прошу оформить (нужное отметить):

1. На мой карточный счет, для чего дополнительно сообщаю:

Название банка _____ Назначение платежа: Пополнение карточки (тип карточки) _____
Согласно договору № _____ от _____ Ф.,И.,О полностью _____
Карточка № _____ МФО банка _____ ЗКПО банка _____
Расчетный счет _____

2. Выдать наличными в кассе ЧАО АСК «ИНГО Украина» (время работы – пнд.-чтв.: 9.00-18.00, птн.: 9.00-16.45. Перерыв на обед с 13.00 до 14.00. При себе иметь паспорт, свидетельство о рождении ребенка (в случае получения возмещения за ребенка), справку о присвоении идентификационного кода

« _____ » _____ 20 _____ года

_____ (подпись Застрахованного лица)