|  |
| --- |
| **Генеральному директору ТОО «Архимедес Казахстан» г-же Джапаркуловой Ж.К.**. |
| **от Застрахованного(Ф.И.О.)** |
| **за** |
|  |
| Компания |
| № страховой карточки |

Адрес,контактные телефоны

**ЗАЯВЛЕНИЕ №\_\_\_\_\_\_\_**

*Прошу выплатить страховое возмещение по медицинским расходам в связи с заболеванием (страховым случаем).*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата наступления страхового случая (обращения) |  |
| Сумма возмещения в тенге |  |

**Прилагаемые документы, подтверждающие наступление страхового случая и расходы:**

 **Дата принятия документов:**

|  |  |
| --- | --- |
| Фискальный(е) чек(и) |  |
| Удостоверение личности опия) |  |
| Свидетельство о рождении (копия) |  |
| Счет-фактура на оплату услуг |  |
| Товарный чек |  |
| Консультативное заключение (направление) |  |
| Выписка из истории болезни (копия) |  |
| Стом.заказ-наряд |  |
| Результаты исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Справка о номере счете получателя **IBAN**  |  |

**Дата заявления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Документы принял:**

Специалист экспертного отдела (ФИО**)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доверенный врач региона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский координатор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Заявление № \_\_\_\_\_\_ дата принятия заявления «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г** |  |
|  |  |  |
|  | **Ф.И.О. Застрахованного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | **Ф.И.О. принявшего заявления, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Примечание: Экспертиза проводится после предоставления последнего документа, согласно указанного перечня

|  |
| --- |
| **Решение:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Сумма возмещения** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Иск №** | **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Счет-фактура №, дата** | **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.** |
| **Распоряжение №, дата** | **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г.** |
| **Экспертизу провел (ФИО)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Дата экспертизы:** | **«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.**  |