

**Генеральному директору
ООО «СК «АК БАРС-Мед»
Каримову Т.Р.**

от _____
(Ф.И.О. полностью)

(адрес места жительства)

(почтовый адрес)

(адрес электронной почты)

**Заявление
на возмещение понесенных расходов**

Прошу произвести возмещение затраченных денежных средств по Договору (Полису) страхования № _____ от _____ 20__ года, в связи с понесенными расходами за приобретенные лекарственные препараты/полученную медицинскую помощь/приобретенные изделия медицинского назначения.

Прилагаю следующие документы:

- Полис добровольного медицинского страхования (копия);
- Паспорт/документ, удостоверяющий личность (копия);
- Выписка из медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни), подписанная лечащим врачом, заверенная его личной печатью и печатью Медицинской организации (содержащая диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения, с описанием схемы лечения заболевания и назначенных лекарственных препаратов/медицинских услуг/изделий медицинского назначения);
- Платежные документы, подтверждающие факт оплаты лекарственных препаратов/медицинских услуг/изделий медицинского назначения, назначенных врачом и подтвержденные по данным Федеральной налоговой службы;
- Доверенность (в случае обращения лица по доверенности).

Денежные средства прошу:

перечислить на л/с: _____

перечислить на карту: _____

К/С _____ Р/С _____ Банк: _____

ИНН _____ КПП _____ БИК _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____, выдан

_____ дата выдачи _____.

С порядком предоставления страховой выплаты, перечнем документов, необходимых для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках осуществления страховой выплаты ознакомлен.

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(Ф.И.О.)