**Генеральному директору**

**ООО «СК «АК БАРС-Мед»**

**Давлетшину Б.С.**

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 заприобретенные 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 Mедицинской 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.)