Генеральному директору

АО "Боровицкое страховое общество"

К.В. Шамшеву

Страхователя/Застрахованного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление на компенсацию медицинских расходов**

Просим Вас возместить расходы на

Застрахованному (ФИО)

№ полиса в размере .

Оплата медицинских услуг произведена Застрахованным самостоятельно по причине:

Документы на возмещение медицинских расходов прилагаются:

(нужное отметить)

Оригинал платежного документа - кассовый чек или бланк строгой отчетности.

(в случае оплаты медицинских услуг банковской картой, на возмещение необходимо предоставить терминальный+кассовый чеки)

Оригинал счета и/или договора из медицинской организации, в котором указано когда, кому, какие услуги были оказаны и их стоимость,

Медицинский документ (справка, выписка), с указанием диагноза по которому оказаны услуги,

Паспортные данные получателя,

Банковские реквизиты получателя (при возмещении на расчетный счет).

Дата Подпись