

Приложение 6 к Правилам №23
добровольного страхования
медицинских расходов

В БРУП экспортно-импортного
страхования «Белэксимгарант»
от _____
прож. _____
тел. _____
паспортные данные _____

Страховой полис № _____
срок страхования _____

**Заявление
о страховом случае**

В связи с _____
указать заболевание
я был(а) вынужден(а) обратиться _____
в организацию здравоохранения _____
указать название
дата обращения _____

Мне были оказаны следующие медицинские услуги:

Вопрос самостоятельной оплаты медицинских расходов согласовал с
представителем страховщика _____
фамилия и дата

Мною были оплачены медицинские услуги на сумму

Прошу возместить понесенные мною медицинские расходы:

в наличном порядке;

в безналичном порядке: _____

Оплаченные счета и медицинские документы прилагаются на _____ листах.

Перечень документов: _____

« » 20 года

ПОДПИСЬ