Вх. № _____

« ____» _____20__ р.

Голові правління
ПРАТ «СК «АСКО-МЕДСЕРВІС»
Бажану А.Ф.

від (ПІБ)_____

що проживає: область_____

район_____

місто (село)_____

вул._____

буд._____, корп._____, кв.____, Поштовий індекс _____

Телефон:_____

E-mail_____

ПОВІДОМЛЕННЯ
про подію, що має ознаки страхового випадку

1. Комплексний договір добровільного страхування від нещасних випадків та страхування медичних витрат (ЗДОРОВ'Я) №_____ від «____» _____ 20__ р.
Договір страхування укладено в (назва фін.установи, банку, мережі, On-line) _____

2. Застрахована особа:
ПІБ: _____
Дата народження «____» _____ _____ р.
ІПН_____

3. Вигодонабувач (назва або ПІБ Спадкоємця) _____
_____

4. Дата, час, точне місце, обставини події (короткий та змістовний опис події**)**: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Про обставини страхової події було повідомлено (вказати повну назву та адресу мед.закладу, відділу поліції,ін.)**:**
_____
_____
_____

6. ***Прошу Вас розглянути надані мною документи щодо події, яка має ознаки страхового випадку, та прийняти відповідне рішення щодо виплати страхового відшкодування.***

Суму страхової виплати прошу перерахувати на мій особистий рахунок або Вигодонабувачу *(відповідне підкреслити)* ***за наступними реквізитами:***
Назва Банку _____
Номер карткового рахунку UA_____
Реєстраційний номер ОКПП _____.

Дата _____ Заявник _____ _____
(П.І.Б.) (підпис)

* Примітка: Всі поля повідомлення про подію, що має ознаки страхової, є обов'язковими для заповнення .