

Агент к.н

 Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □□□□□□□□□□

Заявление на возмещение расходов по медицинскому обследованию №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Договор страхования №.……………………от\_\_\_\_\_\_\_200\_г.

Страхователь/Застрахованный:………………………………………………………………………

**Прошу возместить затраты, связанные с прохождением «\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» г.**

 ***(указать дату)***

 **медицинского обследования в медицинском учреждении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(указать наименование учреждения)*

**Я поручаю АО «Компания по страхованию жизни «Nomad Life» перевести данную сумму на нижеуказанный банковский счет:**

 Название банка…………………………………………………………………………….…….

Адрес банка………………………………………………………………………………….…….

РНН банка……………………………………БИК…………..…………………....…………….

Расчетный счет………………………………Лицевой счет………………………..…………

ФИО владельца счета………………..…………………………………………………………..

РНН владельца счета………………..…………………………………………………………..

Адрес владельца счета ………………………………….……………………………………….

Контактный телефон……………………………………………………………………………………

**Прилагаю:**

□ копия платежного поручения, квитанция об оплате, счет – фактура;

□ копия удостоверения личности.

**Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Застрахованный:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**