

Агент к.н

Аты-жөні.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □□□□□□□□□□

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ медициналық тексеру бойынша шығындарды өтеуге арналған өтініш

Сақтандыру шарты №.……………………\_\_\_\_\_\_\_200\_ж.

Сақтанушы/Сақтандырылушы:………………………………………………………………………

**«\_\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ж. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(күнді көрсету****) (мекеменің атауын көрсету)*

**медициналық мекемеде медициналық тексеруден өтуге байланысты шығындарды өтеуіңізді сұраймын.**

**Мен «Nomad Life» Өмірді сақтандыру компаниясы» АҚ-ға осы соманы төменде көрсетілген банктік шотқа аударуды тапсырамын:**

 Банктің атауы…………………………………………………………………………….…….

Банктің мекенжайы…………………………………………………………………………………

Банктің СТТН……………………………………БСК…………..…………………....…………….

Есеп шот………………………………Дербес шот………………………..…………

Шот иеленушісінің аты-жөні………………..……………………………………………………

Шот иеленушісінің СТТН………………..…………………………………………………………..

Шот иеленушісінің мекенжайы ………………………………….…………………………………

Байланыс телефоны……………………………………………………………………………………

**Қоса тіркеймін:**

□ төлем тапсырманың, төлеу туралы түбіртектің, шот-фактураның көшірмесі;

□ жеке куәлік көшірмесі.

**Күні:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сақтандырылушы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**