

Номер заявления: _____

Просим предоставить полную информацию по всем пунктам заявления

1. ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА			
Страхователь		Номер страхового полиса	
Имя Фамилия			
Полные паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, код пасп. ст.)			
Дата рождения			
Адрес проживания			
Телефонные номера			
Адрес электронной почты			
2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ			
Место происшествия страхового случая			
Дата происшествия страхового случая			
Расходы предъявленные на возмещение			
Краткое описание страхового случая			
2.5 Обращались ли вы в Сервисный Центр (ООО Экспресс Асист Центр)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> До обращения к врачу ____/____/____ г.	<input type="checkbox"/> После обращения к врачу ____/____/____ г.
3. СТРАХОВОЕ ВОЗМЕЩЕНИЕ ПОДЛЕЖИТ ОПЛАТЕ			
<input type="checkbox"/> По паспортным данным перечислить деньги на транзитный счет банка: <input type="checkbox"/> Арарат Банк _____ (Пожалуйста укажите серию, номер, дату выдачи, код пасп. ст получателя) <input type="checkbox"/> Другой _____ (Пожалуйста укажите банк, отделение /Адрес)			
<input type="checkbox"/> Банковским перечислением (<u>предоставить банковские данные Застрахованного лица, указанного в 1-ом пункте Заявления</u>)*			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Банк/ Номер счета _____ ▪ Имя, фамилия владельца счета _____ 			
ДЕКЛАРАЦИЯ			
Настоящим подтверждаю, что данным заявлением и всеми документами прилагаемыми к нему, предъявлены все известные мне факты и информация, которые являются полными, правильными, достоверными и соответствуют действительности. Осознаю, что любое предоставление недостоверной или очевидно неправильной информации может являться основанием для отклонения заявления, а предоставление ложной информации и/или документов влечет ответственность в порядке, предусмотренном законом. Данным заявляю, что не имею возражений против предоставления любой информации СЗАО “ИНГО АРМЕНИЯ” о моем диагнозе и лечении со стороны медицинских учреждений для изучения и урегулирования моего страхового иска.			
Дата	Лицо, заполнившее Заявление /Имя, фамилия / Подпись	Если лицо, заполнившее данное заявление, не является Застрахованным лицом, просим указать связь с Застрахованным лицом: <input type="checkbox"/> Отец/мать Застрахованного лица <input type="checkbox"/> Муж/жена Застрахованного лица <input type="checkbox"/> Другое лицо (укажите) _____	

* Если предоставляются банковские данные иного лица, документ должен быть подписан лицом, к которому относится данный иск.