

## Заявление на страховую выплату

Я **Иванов Иван Иванович**

*(заполняется лицом, с которым произошел случай, или его законным представителем)*

Паспорт: серия **2415**, номер **514752**, дата выдачи **07.05.2014**

Адрес электронной почты: **mikhailin@mail.ru**

Номер мобильного телефона: **+79264175185**

Номер полиса: **GA-MSKFO001255**

Адрес для корреспонденции: **г. Москва, ул. Михайлова 13, к.4, кв.82**  
*(на этот адрес будут отправлены оригиналы решения/уведомления от АО «АльфаСтрахование»)*

Я согласен (-на) получать запросы и уведомления о принятом решении по электронной почте

Прошу Вас возместить мои расходы по случаю, произошедшему

со мной

с моим ребёнком

с третьим лицом (я представитель по доверенности)

---

*(ФИО ребенка/ третьего лица, с которым произошел случай)*

Я гражданин РФ

да

нет

да, есть гражданство/вид на жительство в других странах

Страна второго гражданства/вида на жительство: **нет**

Тип события: **заболевание**

Страна: **Финляндия**

*(страна, в которой наступил страховой случай)*

Дата случая «13» октября 2020 г.

Обращались ли Вы в Сервисную компанию?

*(компания, которая занимается организацией помощи, номер сервисной компании указан в страховом полисе/сертификате):*

ДА

НЕТ

Сроки поездки с «25» октября 2020 г. по «28» октября 2020 г.

Описание случая:

**После лечения покупал назначенные врачом лекарства**

---

Сумма понесенных расходов: **13 евро**

прошу перечислить причитающуюся мне страховую выплату по банковским реквизитам

**Реквизиты для перечисления страховой выплаты (рублевый счет)**

Банк получателя	ПАО СБЕРБАНК
№ филиала	
ИНН	
БИК	044525225
Кор. сч.	30101810400000000225
Р/сч	
Л/сч	40817810212132323434
Ф.И.О. получателя полностью	ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ
Дата рождения получателя	31.12.1969
Данные национального паспорта получателя	2415 514752
Адрес электронной почты получателя	mikhailin@mail.ru
Номер мобильного телефона получателя	+79264175185

«20» декабря 2020 г.

Подпись Иванов / \_\_\_\_\_  
*(подпись заявителя обязательна)*