



Сан Лайф

Акціонерна страхова компанія „Сан Лайф“
вул. Старовокзальна, 17, Київ-32, 01032
Тел. 235-12-54, 235-89-17; факс 236-42-57

Вх. _____ / _____ / _____ р., № _____

ЗАЯВА

На підставі договору медичного страхування (ПОЛІС № _____) та в зв'язку з настанням страхового випадку (захворювання), прошу надати мені

_____ медичну допомогу
в медичному закладі: _____

(назва медичного закладу)

і сплатити мені вартість медичних послуг та лікарських засобів за рахунок поточного залишку страхової суми по вищезазначеному полісу.

АКТ

Пацієнт (застрахований):	ПОГОДЖЕНО Від Страхувальника
Медичні послуги надано Від медичного закладу:	ОБЛІКОВАНО Від ЛДЦ ТОВ "Аполло"

Дійсне має юридичну силу розрахункового документу протягом одного календарного місяця

Оплату гарантую

Від ЗАТ СК "Сан Лайф"

