В СПАО «Ингосстрах» ДУУКБ

Манохину А.А.

От ФИО

Контактный телефон

e-mail

почтовый адрес

Заявление

Я, ФИО, в связи со смертью моего/моей (степень родства), ФИО, принимавшего/шей участие в клиническом исследовании лекарственного препарата (название исследования) в (название мед учреждения), застрахованного/ной по полису № (номер полиса Ингосстраха), прошу произвести мне страховую выплату по условиям полиса, поскольку считаю, что прием исследуемого препарата непосредственно привел к летальному исходу.

Приложение:

- Копия полиса Ингосстраха;

- Копия свидетельства о смерти;

- Копия документа, удостоверяющего личность Выгодоприобретателя.

Дата, подпись.