В СПАО «Ингосстрах» ДУУКБ

Манохину А.А.

От ФИО

Контактный телефон

e-mail

почтовый адрес

Заявление

Я, ФИО, застрахованный/ая по полису № (Номер полиса Ингосстраха) принимавший/ая участие в клиническом исследовании лекарственного препарата (название исследования) в (название мед учреждения) обращаюсь в связи с ухудшением моего здоровья/присвоением (номер группы) группы инвалидности. Я считаю, что прием исследуемого препарата оказал негативное влияние на состояние моего здоровья (указать в чем конкретно выразилось ухудшение здоровья), в связи с чем прошу произвести мне страховую выплату по условиям полиса.

Приложение:

- Копия полиса Ингосстраха;

- Копия документа, подтверждающего ухудшение здоровья/установление группы инвалидности;

- Копия документа, удостоверяющего личность.

Дата, подпись.