**Приложение №17**

**к Договору добровольного страхования на случай болезни**

 **от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. №\_\_\_\_\_\_**

**Руководителю**

**Страховой компании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Руководителю**

 **Медицинского ассистанса ТОО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Руководителю департамента Работодателя,**

**курирующего медстрахование работников**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О. – полностью заявителя)**

**№ страховой карточки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Контактный тел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЖАЛОБА**

Обращаюсь с жалобой на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать ФИО, место работы врача, медкоординатора, менеджера страхования)

Основанием обращения с жалобой явилось, то что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(обстоятельства жалобы, дата, время, суть проблемы, в чем конкретно нарушены ваши права).

На основании изложенного и в соответствии с Договором страхования между Страховой компанией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и АО/ТОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу:**

разобраться в данном случае и принять меры воздействия к (ФИО врача, медкоодинатора, менеджера страхования) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Кроме того, прошу предоставить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дополнительное обследование, направление к другому врачу, компенсацию за медикаменты и т.п.).

Перечень прилагаемых к жалобе документов:

Документы, подтверждающие доводы жалобы

**Подпись**

**Дата подачи жалобы**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.**