**Ауырған жағдайда ерікті сақтандыру**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шартына № 16 Қосымша**

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ ж. бастап**

**Сақтандыру Компаниясының**

**басшысына \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Медициналық ассистансы ЖШС**

**басшысына «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

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

**Қызметкерлерді медициналық сақтандыруға**

**жетекшілік ететін жұмыс берушінің**

**департамент басшысына**

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

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

**(Толық өтініш берушінің Аты-жөні)**

**Сақтандыру карточкасының № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Тұратын мекен-жайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Байланыс тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Шағым**

Мен шағыммен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ жүгінемін

(дәрігердің, медициналық үйлестірушінің, сақтандыру менеджерінің аты-жөні, жұмыс орнын көрсету)

Шағымға жүгінудің негізі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шағымның мән-жайы, күні, уақыты, мәселенің мәні, сіздің құқықтарыңыз нақты бұзылған).

Баяндалғанның негізінде және сақтандыру компаниясы арасындағы сақтандыру шартына сәйкес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ және АҚ / ЖШС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Өтінемін:**

бұл жағдайда түсіну және әсер ету шараларын қабылдау (дәрігердің, медициналық үйлестірушінің, сақтандыру менеджерінің аты-жөні) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Сонымен қатар, маған \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ беруіңізді сұраймын (қосымша тексеру, басқа дәрігерге жолдау, дәрі-дәрмектер үшін өтемақы және т.б.).

Шағымға қоса берілетін құжаттардың тізбесі:

Шағымның дәлелдерін растайтын құжаттар

**Қолы**

**Шағым берілген күн**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 ж.**