**202\_ ж. «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Науқастанған жағдайда ерікті сақтандыру туралы шарттың**

**№10 қосымшасы**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сақтандыру**

**компаниясының басшысы**

**«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» ЖШС**

**Медициналық ассистанстың басшысы**

**Қызметкерлерді медициналық сақтандыруға**

**жетекшілік ететін жұмыс берушінің департамент басшысына**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кімнен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_(Өтініш берушінің А.Ә.Т.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Сақтандыру картасының нөмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Тұрғылықты мекенжайы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Байланыс телефоны**

**ШАҒЫМ**

Мына кісіге \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дәрігердің, медүйлестірушінің, сақтандыру менеджерінің аты-жөнін, жұмыс орнын көрсету) шағымданамын.

Шағымдануға негіздеме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(шағымның сән-жайы, күні, уақыты, сіздің құқығыңыз нақты қалай бұзылғаны туралы проблеманың мәні) болып табылады.

Жазылғандар негізінде және Сақтандыру компаниясы мен АҚ/ЖШС арасында жасалған сақтандыру шартына сәйкес,

Осы жағдайды зерттеп,

 *(Дәрігердің, медүйлестірушінің, сақтандыру менеджерінің аты-жөні, жұмыс орны)* -ға қатысты шара қолдануыңызды сұраймын;

Сонымен қатар, маған \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (қосымша тексеру, басқа дәрігерге жолдама, медикаменттер үшін өтем және т.б.) беруіңізді **сұраймын**.

Шағымға қоса берілетін құжаттар тізбесі:

Шағым тұжырымын растайтын құжаттар.

**Қолы**

**Шағым берілген күн**

**202\_ж. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**