От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. клиента полностью)

Компания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ страховой карты Interteach \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**(*Удаленное*)**

**Прошу Вас рассмотреть вопрос об осуществлении возмещения расходов за оказанные услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в ЛПУ**

(амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарные, стоматологические услуги, медикаменты)

**в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.**

**К данному заявлению прилагаю следующие документы:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Документ** | **Отметка** |
| Заявление о возмещении |  |
| Копия удостоверения личности |  |
| Банковские реквизиты |  |
| Фискально-кассовый чек |  |
| Направление/Рецепт врача Интертич |  |
| Заказ-наряд врача стоматолога |  |
| Счет-фактура (либо акт выполненных работ) с указанием полученных амбулаторных услуг |  |
| Товарный чек с указанием наименования препарата, количества и стоимость |  |
| Выписка из амбулаторной карты |  |
| Калькуляция стоимости стационара  |  |
| Выписка из стационара медицинского учреждения |  |

**Необходимые документы для перечисления денег на банковский счет:**

1. Копия удостоверения личности
2. Банковская выписка о наличии счета (20-ти значный IBAN счет)
3. **За несовершеннолетнего ребенка дополнительно**: копия свидетельства о рождении

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В соответствии с Законом Республики Казахстан от 21 мая 2013 года №94-V «О персональных данных и их защите» даю свое согласие АО «ККЗиМС «ИНТЕРТИЧ» на сбор, обработку моих (обо мне) Персональных данных.**

**За достоверность предоставленной информации ответственность несёт застрахованный. Срок подачи заявления в течение 1-го месяца с момента обращения.**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Подпись клиента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**