*К заполненному заявлению необходимо приложить:*

*- Копия полиса ВЗР;*

*- Оригиналы медицинских заключений (с указанием диагноза) и счетов;*

*- Оригиналы перевода медицинских заключений и счетов, с языков, отличных от русского, либо английского (перевод осуществляются уполномоченными к этому организациями (лицами), с заверением печатью);*

*- Оригиналы документов об оплате счетов;*

*- Копия загранпаспорта (страницы с фотографией и с отметками о пересечении границы РФ);*

*- Копия паспорта РФ (первая страница и отметка о регистрации);*

*- Банковские реквизиты* ***Заявителя****, для перечисления денежных средств (Наименование банка, БИК, № счета)*

*Указанные документы необходимо направить почтой, в адрес ООО «РСО «ЕВРОИНС»:*

*109147 г. Москва, ул. Воронцовская, д. 35Б, кор. 2, офис 629*

*Перед отправкой рекомендуем снять копии с документов, а так же оформить опись направляемых вложений.*