

В Дирекцию (Представительство) ЗАСО «ТАСК»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о добровольном страховании медицинских расходов**  
**(для Страхователей – физических лиц)**

Страхователь	ФИО, адрес, телефон, данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, идентификационный номер дата выдачи, выдавший орган, срок действия.)
--------------	--

*просит заключить договор добровольного страхования медицинских расходов на условиях Правил № 20 добровольного страхования медицинских расходов.*

Срок действия Договора страхования \_\_\_\_\_  
Период действия Договора страхования: с «\_\_»\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_»\_\_ 20\_\_ г.  
Порядок уплаты страхового взноса – единовременно.

Являетесь ли Вы иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, лицом, занимающим должность, включенную в определяемый Президентом Республики Беларусь перечень государственных должностей Республики Беларусь\*, членом их семей и приближенным к ним лицом  Да  Нет

\* перечень размещен на официальном сайте Комитета государственного контроля Республики Беларусь ([http://kgk.gov.by/ru/spisok\\_pdl/](http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/))

С условиями страхования ознакомлен и согласен.  
Правила № 20 добровольного страхования медицинских расходов получил.

Приложение:

1. Список Застрахованных лиц на \_\_\_\_ л.
2. Карты здоровья (при условии страхования до 11 человек) на \_\_\_\_ л.

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. Страхователя

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.