

ФИО руководителя, наименование обособленного подразделения

_____ фамилия, имя, отчество заявителя

зарегистрирован по адресу _____

_____ телефон _____

_____ договор страхования (страховой полис) _____

_____ срок страхования _____

_____ данные документа, удостоверяющего личность

(вид, серия, номер, идентификационный номер, дата выдачи, выдавший орган, срок действия) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Во время моего пребывания в _____

указать страну, город

я был(а) вынужден(а) _____ обратиться за медицинской помощью в связи с
дата первого обращения за медицинской помощью

_____ *указать причину обращения*

_____ *обстоятельства получения травмы, симптомы заболевания (поставленный диагноз)*

Наименование медицинского учреждения _____

госпиталь, мед. пункт при отеле, частный врач и др.

Мною были оплачены медицинские услуги на сумму _____

Услуги связи, транспортные, иные услуги _____

**Прошу возместить понесенные мною расходы
Оплатить полученные в мой адрес неоплаченные счета из медицинских
учреждений**

ненужное зачеркнуть

Прилагаемые к заявлению документы: _____

Разрешаю получать информацию о состоянии моего здоровья (здоровья ребенка) у лечащего врача из лечебных учреждений всех стран, касательно заявленного мной случая.

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

« ____ » _____ 20 ____ г. _____