

Генеральному директору ЗАО ТАСК Волкову И.И.  
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.

\_\_\_\_\_ фамилия, инициалы, подпись