

Приложение 1
к приказу № 92
от 28.11.2025
(действует с 28.11.2025)

Список Застрахованных лиц

N п/п	ФИО	Дата рождения	Адрес регистрации	Номер телефона сотовый	Данные документа, удостоверяющего личность (вид, серия, номер, идентификационный номер дата выдачи, выдавший орган, срок действия)	Должность	Амбулаторно-поликлиническая помощь – « А» Страховая сумма в USD/BYN	Дополнительная услуга к программе «А» – медицинское обеспечение – «М» Лимит в USD/BYN	Дополнительная услуга к программе «А» – Стоматологическая помощь-«С» Лимит в USD/BYN	Стационарная помощь-«С» Страховая сумма в USD/BYN	Страховой взнос в USD/BYN
-------	-----	---------------	-------------------	------------------------	--	-----------	---	--	---	--	---------------------------

1																				
2																				
3																				

Страхователь

подпись

«_____» _____ 20____ г.

фамилия, инициалы

МП