

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» - медикаментозное 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

фамилия, инициалы

«_____» _____ 20__ г.

МП