

**Список Застрахованных лиц**

№ 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	Разрешение на получение медицинской информации	Являюсь публичным должностным лицом, его родственником либо членом его семьи (да/нет)	Подпись Застрахованного лица
-------	-----	---------------	-------------------	------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

1																			<p>Разрешаю страховщику запрашивать или получать информацию о состоянии моего здоровья из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался или буду обслуживаться. Удостоверяю, что на момент заключения договора страхования не имею 1, 2 группы инвалидности, не состою на учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах, не страдаю онкологическими заболеваниями, СПИДом, не являюсь ВИЧ-инфицированным. С Правилами №20 добровольного страхования медицинских расходов ознакомлен(а).</p>		
2																					
3																					

Страхователь

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, инициалы

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

МП