

Генеральному директору (Директору
Представительства) ЗАСО «ТАСК»

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: _____

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