

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