

В Дирекцию (Представительство)  
ЗАСО «ТАСК»

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о добровольном страховании медицинских расходов**  
**(для Страхователей – физических лиц)**

\_\_\_\_\_  
(Страхователь, адрес, телефон)

просит заключить договор добровольного страхования медицинских расходов на условиях Правил № 20 добровольного страхования медицинских расходов.

Срок действия Договора страхования \_\_\_\_\_

Период действия Договора страхования: с «\_\_»\_\_20\_\_г. по «\_\_»\_\_20\_\_г.

Порядок уплаты страхового взноса – единовременно.

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

\* перечень размещен на официальном сайте Комитета государственного контроля Республики Беларусь ([http://kgk.gov.by/ru/spisok\\_pdl/](http://kgk.gov.by/ru/spisok_pdl/))

С условиями страхования ознакомлен и согласен.

Правила № 20 добровольного страхования медицинских расходов получил.

Приложение:

1. Список Застрахованных лиц на \_\_\_\_ л.

2. Карты здоровья (при условии страхования до 11 человек) на \_\_\_\_ л.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Страхователя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.