
ФИО руководителя, наименование обособленного подразделения

фамилия, имя, отчество заявителя
зарегистрирован по адресу:

тел. _____

Договор страхования (страховой полис) _____
Срок страхования _____

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: _____

Разрешаю получать информацию о состоянии моего здоровья (здоровья ребенка) у лечащего врача из лечебных учреждений всех стран, касательно заявленного мной случая.

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