

В Дирекцию (Представительство)
ЗАСО «ТАСК»

ФИО (полные)

№ страхового полиса

контактный телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выплате страхового обеспечения**

В связи с _____
диагноз

я обратился в _____
учреждение здравоохранения

дата обращения _____

По назначению врача были оказаны медицинские услуги, приобретены
лекарственные препараты:

Мною были оплачены медицинские услуги, лекарственные препараты на сумму
_____ бел. рублей

Перечень документов: _____

Прошу возместить оплаченные мной расходы.

Приложение на _____ л.

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. _____

подпись