

Список Застрахованных лиц

| |
|---|
| № п/п |
| ФИО |
| Дата рождения |
| Адрес регистрации |
| Номер телефона сотовый |
| Серия и номер паспорта |
| Личный номер |
| Кем выдан |
| Когда выдан |
| Должность |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь – «А» Страховая сумма в USD/BYN |
| Дополнительная услуга к программе «А» - медикаментозное обеспечение – «м» Лимит в USD/BYN |
| Дополнительная услуга к программе «А» - Стоматологическая помощь-«с» Лимит в USD/BYN |
| Стационарная помощь-«С» Страховая сумма в USD/BYN |
| Страховой взнос в USD/BYN |
| Разрешение на получение медицинской информации |
| Являюсь публичным должностным лицом, его родственником либо членом его семьи (да/нет) |
| Подпись Застрахованного лица |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Разрешаю страховщику запрашивать или получать информацию о состоянии моего здоровья из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался или буду обслуживаться. Удостоверяю, что на момент заключения договора страхования не имею 1, 2 группы инвалидности, не состою на учете в психоневрологическом и наркологическом диспансерах, не страдаю онкологическими заболеваниями, СПИДом, не являюсь ВИЧ-инфицированным. С Правилами №20 добровольного страхования медицинских расходов ознакомлен(а).

Страхователь _____

« _____ » _____ 20__ г.

МП

подпись

фамилия, инициалы