

В Дирекцию (Представительство)
ЗАСО «ТАСК»

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

_____ (Страхователь)

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

Юридический адрес Страхователя _____

Телефон, телефакс, e-mail _____

Банковские реквизиты _____

УНП (УНН) _____ ЕГР _____

Подлежит страхованию _____ человек Срок страхования _____

Период действия Договора страхования: с «__» 20__ г. по «__» 20__ г.

Порядок уплаты страхового взноса _____

(единовременно, в 2 срока, поквартально, ежемесячно)

Являются ли руководители, бенефициарные владельцы организации-страхователя иностранными публичными должностными лицами, должностными лицами публичных международных организаций, лицами, занимающими должности, включенные в определяемый Президентом Республики Беларусь перечень государственных должностей Республики Беларусь*, членами их семей и приближенными к ним лицами Да Нет

Если «Да», то указать их _____

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

Полноту и достоверность сведений, изложенных в настоящем заявлении и списке застрахованных лиц, подтверждаю. 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.

Руководитель _____
М.П. _____ подпись

_____ фамилия, инициалы

« _____ » _____ 20__ г.

