**Заявление об отказе от заключения договора**

**добровольного медицинского страхования**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_2016 г. |  |  |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий (ая) от своего имени и/или представляющий (ая) интересы туристов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подписанием настоящего заявления **отказываюсь от заключения договора добровольного медицинского страхования** и **подтверждаю**, что мне предоставлена информация о необходимости самостоятельной оплаты медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в стране временного пребывания, включая медицинскую эвакуацию в стране временного пребывания и из страны временного пребывания в страну постоянного проживания, и/или возвращении тела (останков) из страны временного пребывания в страну постоянного проживания за счет лиц, заинтересованных в возвращении тела (останков).

|  |  |
| --- | --- |
| Клиент:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |