РАСПИСКА

об отказе туриста от страхования расходов на оказание медицинской помощи

в стране временного пребывания

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО туриста), паспорт серия\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
настоящим подтверждаю свой отказ от заключения через Туроператора договора добровольного страхования расходов на оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в стране временного пребывания по маршруту поездки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , номер заказа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, т.к. на указанные сроки поездки имею оформленный страховой полис №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, страховая компания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, скан полиса прилагаю.

Я, настоящим образом проинформирован и в полном объёме принимаю на себя финансовые расходы на оказание медицинской помощи, которые могут возникнуть на территории страны моего временного пребывания из-за внезапного расстройства моего здоровья, включая медицинскую эвакуацию в стране временного пребывания и из страны временного пребывания в страну постоянного проживания, а также по другим причинам в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в части шестой статьи 14 и в статье 17 Федерального закона от 24 ноября 1996 года № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации».

ФИО туриста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата, подпись).