

Генеральному директору  
ООО « \_\_\_\_\_ »  
(наименование ЮЛ работодателя)  
\_\_\_\_\_  
(ФИО руководителя ЮЛ работодателя)

от \_\_\_\_\_  
(ФИО застрахованного лица)  
паспорт РФ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ Г.,  
кем выдан: \_\_\_\_\_  
адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**на включение и исключение из списка застрахованных лиц**  
**в рамках Договора добровольного медицинского страхования**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО застрахованного лица)

подписывая настоящее согласие, заявляю и выражаю согласие на:

- включение меня в действующую программу добровольного медицинского страхования на действующих у работодателя условиях по моему письменному заявлению;
- исключение меня из списка застрахованных лиц в рамках действия Договора добровольного медицинского страхования и Правил добровольного медицинского страхования в случае прекращения со мной трудового договора.

С положениями п. 2 ст. 955 ГК РФ ознакомлен.

Суть настоящего согласия и его последствия мне разъяснены и понятны.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_  
(ФИО застрахованного лица)