

взр.



Дата заполнения заявления: []/[]/ 2 0 [] г.

**Анкета - Заявление
на добровольное медицинское страхование**



является неотъемлемой частью (Приложение №4) договора страхования (полиса)

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ:

Страхователь []
Ф.И.О. (для физ. лиц) / наименование организации (для юр. лиц)

Индекс [] Адрес []
область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Гос. рег.№ [] для юр.лиц № ИНН [] для юр.лиц E-mail []

Пол (м/ж) [] Дата рождения []/[]/[] г.

Паспорт серия [] № [] выдан []/[]/[] г.

Где выдан [] Код подразделения []-[]-[]-[]

Телефон моб. 8 ([]) []-[]-[]-[]-[]

Следующая часть заявления заполняется с целью получения исчерпывающей информации о Застрахованном, рисках, связанных с его здоровьем и деятельностью. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, заявление **считается не заполненным**. СПАО «РЕСО-Гарантия» отвечает за **абсолютную конфиденциальность** сообщенной в настоящей анкете информации.

ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ:

ФИО []

Адрес фактического проживания []
Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Пол (м/ж) [] E-mail [] Дата рождения []/[]/[] г.

Паспорт (св.о рожд): Сер. [] № [] выдан []/[]/[] г.

Где выдан [] Код подразделения []-[]-[]-[]

Телефон моб. 8 - ([]) []-[]-[]-[]- []

Тел.дом. 8 - ([]) []-[]-[]-[]-[]

Гражданство: []

Степень родства со страхователем []