

к полису МИ от / / 20 г.

Дата заполнения заявления / / 20 г.

АНКЕТА - ЗАЯВЛЕНИЕ**на добровольное медицинское страхование по продукту «ТЕЛЕМЕДИЦИНА РЕСО»**

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

Заполните пропуски, отметьте нужное знаком или выберите правильный ответ (да, нет)

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 юридических лиц

№ ИНН

Для юридических лиц

E-mail

Пол

М

Ж

Дата рождения

/

/

г.

Место рождения

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**. САО «РЕСО-Гарантия» отвечает за **абсолютную конфиденциальность** сообщенной в настоящей анкете информации.

ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ:

ФИ.О.

Адрес фактического проживания

Область (край, округ, район), город, улица, дом, корпус, квартира

Пол

М

Ж

E-mail

Дата рождения

/

/

г.

Место рождения

Паспорт (св.о рожд):

Сер.

№

выдан

/

/

г.

Где выдан

Код подразделения

Телефон моб. 8 ()

Телефон дом. 8 ()

Гражданство

Степень родства со страхователем

Город обслуживания

ВКЛЮЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ РИСКОВ:

Включение риска «ОнкоПоддержка»