

Директору Томского филиала АО "СОГАЗ" Кектышеву Ф.А.
от (ФИО) Иванова И.И.
Должность заместитель
Подразделение ПЗО

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

1. СВЕДЕНИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ/ ЗАСТРАХОВАННОМ (РАБОТНИКЕ)

ФИО (полностью) Иванов Иван Иванович ДАТА РОЖДЕНИЯ xx xx xxxx г.
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ СЕРИЯ xx xx НОМЕР xxx xxx
КЕМ ВЫДАН УМВД России по Томской области
ДАТА ВЫДАЧИ xx xx xxxx г. ТЕЛЕФОН 8-xxx-xxx-xx-xx
АДРЕС ЛИЧНОЙ ЭЛ. ПОЧТЫ xxx@gmail.com
АДРЕС Томск, ул. Луначарского, №56

ВМТ (выберите одну из 6 программ страхования, проставив "V")

Страховая сумма 1 500 000 руб, включает клиники регионов

Базовая программа 2 840 руб. Расширенная программа 6 500 руб.

Страховая сумма 2 000 000 руб, включает клиники регионов, Москвы и Санкт-Петербурга

Базовая программа 3 400 руб. Расширенная программа 7 790 руб.

2. СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ (РОДСТВЕННИК)

ФИО (полностью) _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г.
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ/ св. о рождении СЕРИЯ _____ НОМЕР _____
КЕМ ВЫДАН _____
ДАТА ВЫДАЧИ _____ г. ТЕЛЕФОН _____
АДРЕС _____

ВМТ (выберите одну из 6 программ страхования, проставив "V")

Страховая сумма 1 500 000 руб, включает клиники регионов

Базовая программа 2 840 руб. Расширенная программа 6 500 руб.

Страховая сумма 2 000 000 руб, включает клиники регионов, Москвы и Санкт-Петербурга

Базовая программа 3 400 руб. Расширенная программа 7 790 руб.

3. СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ (РОДСТВЕННИК)

ФИО (полностью) _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ _____ г.
ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ/ св. о рождении СЕРИЯ _____ НОМЕР _____
КЕМ ВЫДАН _____
ДАТА ВЫДАЧИ _____ г. ТЕЛЕФОН _____
АДРЕС _____

ВМТ (выберите одну из 6 программ страхования, проставив "V")

Страховая сумма 1 500 000 руб, включает клиники регионов

Базовая программа 2 840 руб. Расширенная программа 6 500 руб.

Страховая сумма 2 000 000 руб, включает клиники регионов, Москвы и Санкт-Петербурга

Базовая программа 3 400 руб. Расширенная программа 7 790 руб.

СТРАХОВАТЕЛЬ