

Заявление о добровольном медицинском страховании

Заявитель

Полное наименование юридического лица

Должность, ФИО Руководителя

(ФИО Страхователя - для физ/лица)

Местонахождение юридического лица

(местожительство для физ/лица)

Тел./факс/e-mail

Информация о Застрахованных (заполняется Заявителем для подготовки Приложения №3 к договору).

№ п/п	Ф.И.О. Застрахованного:	Сотрудник:	Родственник:	Дата рождения:	Адрес постоянного места жительства:	Паспортные данные:	Телефон:	Программы:			
								Амбулатория:	Госпитализация:	Скорая помощь:	Стоматология:
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

Все сведения, указанные в заявлении, являются достоверными. О правовых последствиях сообщения Страховщику заведомо ложных сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, и размера возможных убытков от его наступления, предупреждён.

Заявитель

_____ (Подпись Руководителя)

"__" _____ 20__ г. М.П.