

Список застрахованных лиц

наименование юридического лица										
№ п/п	Фамилия, имя, отчество застрахованного лица	Дата рождения	Должность	Адрес, телефон	Страховая медицинская программа	Страховая сумма	Страховая премия	Паспортные данные. Идентификационный номер.	Разрешение. Согласие	Подпись застрахованного лица, подтверждающая его разрешение (согласие)
									Разрешаю страховщику запрашивать и/или получать информацию о состоянии моего здоровья из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался или буду обслуживаться. Согласен на мое исключение из списка или замену в случае моего увольнения.	
									Разрешаю страховщику запрашивать и/или получать информацию о состоянии моего здоровья из организаций здравоохранения, в которых я обслуживался или буду обслуживаться. Согласен на мое исключение из списка или замену в случае моего увольнения.	

Указанные застрахованные лица не являются инвалидами первой или второй (признанными нетрудоспособными) групп инвалидности.

Руководитель страхователя _____
М.П. _____ подпись _____ фамилия и инициалы

Представитель страховщика _____
подпись фамилия и инициалы