**1. Информация о Страхователе**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование Страхователя: |       |
| Юридический адрес: |       |
| ИНН: |       | ОКВЭД: |       | ОГРН: |       |
| Почтовый адрес: |       |
| Контактное лицо: |       |
| Телефон: |       | Факс: |       |
| E-Mail: |       |
| Основной вид деятельности: |       |
| Прочие виды деятельности: |       |
| Укажите необходимый период страхования: | с: |       | по:  |       |

**2. Информация для предоставления коммерческого предложения**

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1. Численность коллектива: |       |
| 2.2. Головной офис, филиал: |       |
| 2.3. Присутствие в регионах (перечислите): |       |
| 2.4. Страховалась ли ваша организация по ДМС ранее? | [ ]  да | [ ]  нет |
| 2.5. Информация по предыдущему договору (наименование страховщика, довольны ли обслуживанием, что стоит учесть): |       |
| 2.6. Какой набор услуг необходим? | [ ]  Поликлиника | [ ]  Стоматология |
| [ ]  Вызов врача на дом | [ ]  Плановая госпитализация |
| [ ]  Скорая помощь | [ ]  Онкозащита |
| [ ]  Экстренная госпитализация | [ ]  Иное: |       |
| Стандарт       |  |  |

Просим Вас сообщить дополнительную информацию, которую Вы считаете необходимым указать, и которая не нашла своего отражения выше:

|  |
| --- |
|       |

В настоящем заявлении-вопроснике, заявителем указаны данные достоверные и отвечающие действительности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_     /

Подпись ФИО Должность

**М. П.** Дата заполнения: «     »       20      года