**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