

Список Застрахованных

№ п/п	№ полиса	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол	Инвалидность	Вариант страхования	Коэффициент	Адрес фактического проживания	Домашний телефон	Рабочий телефон	Должность	Подразделение	Страховая сумма	Референс (табельный номер)	
		данные поля обязательно заполняются Страхователем															
		данные поля Страхователем не заполняются															
		СТРАХОВЩИК:							СТРАХОВАТЕЛЬ:								
		_____ (должность)							_____ (должность)								
		_____ (Ф.И.О., подпись)							_____ (Ф.И.О., подпись)								

