

От _____

(Ф.И.О. полностью)

Проживающ _____ по адресу: индекс _____ Область _____
город _____ Ул. _____ д. _____ кор. _____ кв. _____

Телефон _____

Я _____
(Ф.И.О.)

Паспорт серия _____, номер _____

Выдан « _____ » _____ 20__ г.

Кем выдан _____ код/п _____

Я _____ согласен на проверку Страховщиком и правоохранительными органами указанных мною сведений и представленных документов, материалов и доказательств.

Я подтверждаю, что все сведения указанные мною о событии и все прилагаемые документы, материалы и доказательства соответствуют действительности и могут быть использованы при проведении расследования события.

Я даю свое согласие и представляю полномочие ООО "СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ" на получение информации о Застрахованном лице от любого врача, медицинской организации (в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ) или любой другой организации с целью проверки и уточнения обстоятельств данного события в ООО «СК СОГАЗ-ЖИЗНЬ»

(Страхователь (Застрахованное лицо) или Его представитель по закону Ф.И.О, подпись)

« _____ » _____ 200__ г.