

8. Время обращения в медицинские учреждения: « ____ » _____ 20__ г. « ____ » час. « ____ » мин.

9. Какая первая медицинская помощь Вам была оказана в медицинских учреждениях: _____

10. Наличие или отсутствие в крови алкоголя, наркотических веществ

11. В каких медицинских учреждениях Вы получали лечение по поводу данной травмы:

12. Были ли у Вас хронические заболевания, несчастные случаи, получали ли Вы травмы до наступления данного события: _____

13. Адрес проживания в настоящее время: _____

14. Кем Вы работаете в настоящее время: _____

15. Укажите, пожалуйста, наименование, адрес и телефоны организации, где Вы работаете:

В случае необходимости Застрахованное лицо согласно предоставить полисы ОМС и ДМС по запросу Страховщика.

_____ / _____ /

подпись