

1. В какие медицинские учреждения Вы обратились при наступлении события:

2. В каких медицинских учреждениях Вы получали лечение: _____

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

4. Адрес проживания в настоящее время: _____

5. Кем Вы работаете в настоящее время: _____

6. 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