

**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)	
		<b>данные поля обязательно заполняются Страхователем</b>															
		данные поля Страхователем не заполняются															
		<b>СТРАХОВЩИК:</b>								<b>СТРАХОВАТЕЛЬ:</b>							
		_____ (должность)								_____ (должность)							
		_____ (Ф.И.О., подпись)								_____ (Ф.И.О., подпись)							

