

ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВАТЕЛЕ/ЗАСТРАХОВАННОМ



УРАЛСИБ | СТРАХОВАНИЕ

Регистрационный номер:

Приложение № 1
к Полису добровольного страхования граждан «Быстрополис «Антиклещ. Экспресс»

СТРАХОВАТЕЛЬ

фамилия, имя, отчество		дата рождения
e-mail	телефон	

ЗАСТРАХОВАННЫЙ (в возрасте от 1 до 85 лет)

фамилия, имя, отчество	дата рождения
------------------------	---------------

Примечание:

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Полиса, указанного в настоящем Приложении.

ОТ ИМЕНИ СТРАХОВЩИКА

должность	М.П. подпись	инициалы, фамилия	доверенность
-----------	-----------------	-------------------	--------------

В соответствии со статьей 160 ГК РФ факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного лица Страховщика и печати Страховщика с помощью средств механического и иного копирования либо электронной подписи Страховщика на настоящем Полисе признается Страховщиком и Страхователем аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица Страховщика и оригиналом печати Страховщика. Полис имеет силу, аналогичную документу, собственноручно подписанному уполномоченным лицом Страховщика и скрепленному печатью Страховщика.