

БОРДЕРО (СПИСОК) ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ № ____ К ОФЕРТЕ № 7619-000-34/17

на оказание платных услуг по коллективному комплексному добровольному страхованию граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства за период с « _____ » _____ 20__ г. « _____ » _____ 20__ г.

Страхователь:

Номер оферты	№ 7619-000-34/17
Наименование юр. лица	
Адрес	
Реквизиты юр. лица	
Телефон	

№ п/п	Застрахованного лица			Номер Сертификата	Дата и время начала страхования	Дата и время окончания страхования	Срок страхования в днях	Страховая Премия, руб.	
	Фамилия	Имя	Отчество						
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
	Итого								

Дата выдачи _____ 2017

СТРАХОВЩИК
м.п.



(фамилия)

СТРАХОВАТЕЛЬ
м.п.

(подпись)

(фамилия)