В САО «ВСК» г. Омск, ул. Красина д. 6

Gersenko@VSK.RU

**Сведения о заявителе:**

**ФИО**

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Телефон

**Прошу предоставить справку об уплаченных страховых взносах по договору добровольного страхования:**

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

Номер страхового договора

От 20 года

За период с « » 20 г. по « » 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ИНН **или**

Паспорт: серия номер дата выдачи

Родственная связь

\*Заполняется если заявитель и застрахованный разные лица

\*\***К сведению заявителя** в ответ на заявление справка (сведения) об уплаченных страховых взносах будет отправлена САО «ВСК» в налоговый орган.

Представление в налоговый орган Справки в бумажном виде не требуется, если сведения о расходах направлены в налоговый орган в электронном виде организациями. Налоговый орган разместит полученную информацию в Личном кабинете налогоплательщика.

В случае необходимости подтверждения отправки САО «ВСК» сведений об уплаченных страховых взносах в налоговый орган просим указать способ получения информации:

1. Отправлением на электронную почту: E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Почтой России по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявитель: ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение:

Скан-копия паспорта заявителя, застрахованного

Документы, подтверждающие родство (в случае если заявитель и застрахованный разные лица)

Скан договора страхования, оплата (чек).