В САО «ВСК» г. Москва ул. Островная д. 4

Plugareva.omsk@vsk.ru

**Сведения о заявителе:**

**ФИО**

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

Дата рождения ИНН

Паспорт: серия номер дата выдачи

Телефон

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

**за\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год:**

1. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г.

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

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

ИНН **или** Паспорт/Св-во о рождении (для несовершеннолетних):

серия номер дата выдачи

Родственная связь

1. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

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

ИНН **или** Паспорт/Св-во о рождении (для несовершеннолетних):

серия номер дата выдачи

Родственная связь

1. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

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

ИНН **или** Паспорт/Св-во о рождении (для несовершеннолетних):

серия номер дата выдачи

Родственная связь

1. **Номер страхового договора (Полиса)** от 20 г

**ФИО застрахованного лица\***

Дата рождения

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

ИНН **или** Паспорт/Св-во о рождении (для несовершеннолетних):

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 получения Справки об уплаченных страховых взносах, направленной в налоговый орган, просим указать способ получения:

1. Отправлением на электронную почту: E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Путем личного посещения офиса САО «ВСК» по адресу: г. Омск, ул. Красина, 6\*\*\*

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

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

Приложения (копия/скан/четкое фото):

- Паспорта заявителя, застрахованного

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

- Скан договора (Полиса\*\*\*\*) страхования, оплата (чек)

\*\*\*Режим работы Омского филиала САО «ВСК» по адресу г. Омск, ул. Красина, 6, тел.: (3812) 27-55-25, доб. 40389: понедельник-четверг с 9:00 до 18:00, пятница с 9:00 до 16:45, обед 13:00-14:00, суббота и воскресенье – выходные, в праздничные дни – график согласно отдельных распоряжений.

\*\*\*\*При утрате полиса укажите его номер в заявлении, сотрудник принимающий заявление, запросит его копию в архиве и прикрепит к заявлению, номера Полисов по ФИО и дате рождения Застрахованного, также можно уточнить при подаче заявления.

ВАЖНО! Максимальный размер вложений при отправке по электронной почте – 30МБ