В отдел контролю за осуществлением оценочной деятельности членами

СРО Ассоциации оценщиков «СПО»

**Заявление на получение полиса обязательного страхования**

**ответственности оценщика СПАО «Ингосстрах»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***Фамилия Имя Отчество, номер в Реестре СРО Ассоциации оценщиков «СПО»***

(паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года, зарегистрированный по адресу: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_\_\_\_, корп. \_\_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_)

прошу включить меня в договор коллективного страхования ответственности оценщиков СРО Ассоциации оценщиков «СПО» с СПАО «Ингосстрах» для страхования на период:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с лимитом ответственности
СПАО «Ингосстрах» в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

***указать страховую сумму***

Гарантирую оплату страховой премии в соответствии с выбранным лимитом ответственности в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. в срок до 25 числа текущего месяца.

***указать страховую премию***

Оплата будет производиться:

* на расчетный счет СРО Ассоциации оценщиков «СПО»
* в кассу СРО Ассоциации оценщиков «СПО» в часы работы бухгалтерии:
пн-чт 14-18

Прошу направить сканированный полис страхования на электронную почту:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Удобный способ получения оригинала страхового полиса:

* в ближайшем филиале СПАО «Ингосстрах»;
* в офисе СРО Ассоциации оценщиков «СПО» (СПб, Гривцова, 5, оф. 233)
* курьерской доставкой по требуемому адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*указать адрес доставки страхового полиса*

Подпись заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_