Ведущему специалисту СРО Ассоциации оценщиков «СПО»

Сыч Н.В.

**Заявление на получение полиса обязательного страхования**

**ответственности оценщика**

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **СПАО «Ингосстрах»** |
| **Страховой период:**  - 1 год;  - 2 года. |  |
| **Лимит ответственности**  ***(указать страховую сумму, руб.):***  - 1 год;  - 2 года. |  |
| **Удобный способ получения оригинала страхового полиса:**  - в офисе СРО Ассоциации оценщиков «СПО» (СПб, Гривцова, 5, оф. 103)  -курьерской доставкой по требуемому адресу (*указать адрес доставки страхового полиса)* | |

Гарантирую оплату страховой премии в соответствии с выбранным лимитом ответственности в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

***указать страховую премию***

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

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

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

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