

Сведения о работодателе (заполняется страхователем):

Работодатель является страхователем: ☐ по отношению к умершему на день его смерти ☐ по отношению к одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи умершего несовершеннолетнего на день смерти этого несовершеннолетнего

Регистрационный номер /

Код подчиненности ИНН КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:

Индекс

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 () -

Руководитель (уполномоченный представитель) страхователя

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо
Ф.И.О. страхователя - физического лица (его уполномоченного представителя)

<p>_____</p> <p>подпись</p>	<p>М.П.</p>
-----------------------------	-------------

