**ЗАЯВЛЕНИЕ**

г.Владикавказ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «20\_\_»

**Программа страхования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Страхователь** | |
| ФИО |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |
| **Контактные данные** | |
| Электронная почта |  |
| Номер телефона |  |

Соглашаюсь с [политикой обработки персональных данных](https://www.ingos.ru/api/user/v1/consent/XPACKDOC_CONSENTPROCPD).

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

ФИО подпись