

# Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами

Фамилия . . . . .

Имя . . . . .

Отчество . . . . .

Пол м/ж

Дата рождения « » . . . . . года

Место рождения: ОСОБОЕ

город (село, дер., . . . . .) . . . . .

район . . . . .

область (край, . . . . .)

респ., . . . . .

страна . . . . .

Адрес индекс . . . . . адрес . . . . .

проживания г. . . . .

. . . . .

Адрес места индекс \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_

жительства

фактический (заполняется при отличии от адреса по прописке)

Телефон . . . . .

(домашний и / или рабочий)

Документ, удостоверяющий личность:

Вид документа . . . . .

(указать название документа: паспорт, удостоверение личности, . . . . .)

серия . . . . . номер . . . . .

Дата выдачи « » . . . . . года

Кем выдан . . . . .

. . . . .

Дата заполнения

« » . . . . . 201\_ года

. . . . .

\_\_\_\_\_  
Личная подпись  
застрахованного лица