

Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами.

Фамилия	<hr/>		
Имя	<hr/>		
Отчество	<hr/>		
Пол	(м/ж)	<hr/>	
Дата рождения	" "	<hr/>	года
Место рождения:	<hr/>		
город (село, дер. ...)	<hr/>		
район	<hr/>		
область (край, респ., ...)	<hr/>		
страна	<hr/>		
Гражданство	<hr/>		
Адрес постоянного места жительства			
Адрес	индекс	адрес	<hr/>
регистрации	<hr/>		
<hr/>			
Адрес места	индекс	адрес	<hr/>
жительства	<hr/>		
фактический	<hr/>		
(заполнять при отличии от адреса регистрации)			
Телефоны	<hr/>		
(домашний и/или рабочий)			
Документ, удостоверяющий личность			
Вид документа	<hr/>		
<small>(указать название документа: паспорт, удостоверение личности и другие документы, удостоверяющие личность)</small>			
Серия, номер	<hr/>		
Дата выдачи	" "	<hr/>	года
Кем выдан	<hr/>		
<hr/>			

Дата заполнения
" " _____ года

Личная подпись
застрахованного лица _____