

Анкета Застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Пол _____

Дата рождения _____ года

Место рождения

город (село, дер., ...)

район _____

область (край, респ., ...)

страна _____

Гражданство _____

Адрес постоянного места жительства

Адрес

регистрации _____

Адрес места

жительства

фактический _____

(заполнять при отличии от адреса регистрации)

Телефоны _____

(домашний и/или рабочий)

Документ, удостоверяющий личность

Вид документа _____

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

Серия, номер _____

Дата выдачи _____

года

Кем выдан _____

Дата заполнения _____

года

Личная подпись
застрахованного лица