

Анкета застрахованного лица  
Заполняется застрахованным лицом печатными буквами

Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Пол	___ (м/ж)
Дата рождения	"__" _____ года
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	_____
район	_____
область	_____
(край, респ., ...)	_____
страна	_____
Гражданство	_____
Адрес постоянного места жительства	
Адрес регистрации	индекс _____ адрес _____
_____	
Адрес места жительства фактический	индекс _____ адрес _____
_____	
(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 \_\_\_\_\_