

**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	индекс ..... адрес .....
регистрации	..... .....
Адрес места	индекс ..... адрес .....
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