

Анкета застрахованного лица

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

Пол

Дата рождения

Место рождения:

город (село, дер.,)

район

область (край, респ., ...)

страна

Гражданство

Адрес постоянного места жительства (указывается при наличии адреса на территории РФ)

Адрес регистрации (указывается при наличии адреса на территории РФ)

Адрес места жительства фактический (указывается при наличии адреса на территории РФ)

(заполнять при отличии от адреса регистрации)

Телефоны (при наличии сим-карты российского оператора мобильной связи):

(домашний и/или рабочий)

Документ, удостоверяющий личность

Вид документа:

(указать вид документа, удостоверяющего личность, в соответствии с законодательством Российской Федерации)

Серия, номер:

Дата выдачи:

Кем выдан:

Дата заполнения

Личная подпись застрахованного лица

Я, _____, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, в том числе копии моего паспорта гражданина Российской Федерации, в целях обеспечения предоставления указанной в настоящем заявлении услуги, в том числе и на передачу персональных данных органам и организациям, участвующим в процессе предоставления вышеназванной услуги.

_____ (подпись заявителя) _____ (ФИО) _____ (дата)

*– при возникновении вопросов по заполнению заявления необходимо обращаться по номеру телефона: 8-863-210-40-70, +7 (909) 413-60-22

**– форму заявления можно получить в офисах МФЦ

ФОТО