

ПОЛИС обязательного  
медицинского страхования

фамилия

имя

отчество (при наличии)

дата рождения, пол

срок действия <\*>

подпись застрахованного лица

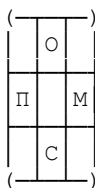


Рисунок  
не приводится

<\*> Не указывается для застрахованных лиц, постоянно проживающих в Российской Федерации.

1. " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской  
организации (филиала)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)      подпись

2. " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской  
организации (филиала)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)      подпись

3. " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской  
организации (филиала)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)      подпись

4. " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской  
организации (филиала)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / М.П.  
адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)  
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)      подпись

5. " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
название страховой медицинской  
организации (филиала)

