



ПОЛИС обязательного медицинского страхования

ВЕЦЕЛЬ

фамилия

ЕВГЕНИЙ

имя

АНАТОЛЬЕВИЧ

отчество (при наличии)

12.05.1978, М

дата рождения, пол



7454120837000506





подпись застрахованного лица

срок действия*

* Не указывается для застрахованных лиц, постоянно проживающих в Российской Федерации

ЗАО СМК «АСК-Мед» филиал «ЮЖУРАЛ-АСКО»

454007, г. Челябинск, ул. Троицкая, 33

120 (351) 779-83-83

название страховой медицинской организации (филиала)

1. 27 02 2014

Чиботарева А. И. / Страховая медицинская компания АСК-Мед г. Челябинск

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

2. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись

3. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

4. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

5. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

6. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

7. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

8. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

9. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

10. « » 20 г.

название страховой медицинской организации (филиала)

адрес и телефон страховой медицинской организации (филиала)

ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала)

подпись / М.П.

01 02 5866808