



ПОЛИС обязательного медицинского страхования

7293499734000123



ФРОЛОВ

фамилия

ЕГОР

имя

ПАВЛОВИЧ

отчество (при наличии)

15.06.2005, М

дата рождения, пол

срок действия*

подпись застрахованного лица



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