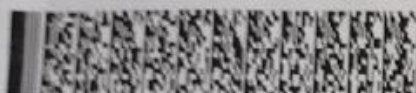




ПОЛИС обязательного медицинского страхования

3189499738000174



ПЕРЕПЕЛИЦА

фамилия

ДАНИЛА

имя

МИХАЙЛОВИЧ

отчество (при наличии)

11.10.2005, М

дата рождения, пол

срок действия*

подпись застрахованного лица



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