**Запрос**

**об идентификации застрахованного лица**

от

(наименование МО)

|  |  |
| --- | --- |
| **Сведения о застрахованном лице** | |
| Фамилия, имя, отчество  (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Пол (Ж) (М) |  |
| Гражданство |  |
| Место рождения |  |
| Место пребывания |  |
| Адрес регистрации по месту жительства |  |
| Сведения о документе, удостоверяющем личность (серия и номер в установленном формате) |  |
| СНИЛС  (в установленном формате) |  |
| Единый номер полиса  (при наличии) |  |