

Форма АДВ-1

Код по ОКУД

Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами.

Фамилия	<hr/>		
Имя	<hr/>		
Отчество	<hr/>		
Пол	<input type="checkbox"/> (м/ж)		
Дата рождения	"	"	года
Место рождения:			
город (село, дер., ...)	<hr/>		
район	<hr/>		
область (край, респ., ...)	<hr/>		
страна	<hr/>		
Гражданство	<hr/>		
Адрес постоянного места жительства			
Адрес	индекс	адрес	
регистрации	<hr/>		
Адрес места	индекс	адрес	
жительства	<hr/>		
фактический	<hr/>		
	(заполнять при отличии от адреса регистрации)		
Телефоны	<hr/>		
	(домашний и/или рабочий)		
Документ, удостоверяющий личность			
Вид документа	<hr/>		
	(указать название документа: паспорт, удостоверение личности и другие документы, удостоверяющие личность)		
Серия, номер	<hr/>		
Дата выдачи	"	"	года
Кем выдан	<hr/>		
	<hr/>		

Дата заполнения
" " года

Личная подпись
застрахованного лица _____