

Форма АДВ-1

Код по ОКУД

Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами.

Фамилия	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Имя	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Отчество	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Пол	<input style="width: 100%;" type="text"/> (м/ж)		
Дата рождения	" <input style="width: 20px;" type="text"/> "	<input style="width: 100px;" type="text"/>	года
Место рождения:			
город (село, дер., ...)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
район	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
область (край, респ., ...)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
страна	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Гражданство	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Адрес постоянного места жительства			
Адрес	индекс	адрес	
регистрации	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Адрес места	индекс	адрес	
жительства	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
фактический	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	(заполнять при отличии от адреса регистрации)		
Телефоны	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	(домашний и/или рабочий)		
Документ, удостоверяющий личность			
Вид документа	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	(указать название документа: паспорт, удостоверение личности и другие документы, удостоверяющие личность)		
Серия, номер	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Дата выдачи	" <input style="width: 20px;" type="text"/> "	<input style="width: 100px;" type="text"/>	года
Кем выдан	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
	<input style="width: 100%;" type="text"/>		

Дата заполнения
" " года

Личная подпись
застрахованного лица _____