

Форма АДВ-1

## Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами.

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

Дата заполнения

\_\_\_\_\_

Личная подпись

года застрахованного лица \_\_\_\_\_