

Форма АДВ-1

Код по ОКУД

## Анкета застрахованного лица

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами

Фамилия	И В А Н О В А
Имя	О Л Ь Г А
Отчество	И В А Н О В Н А
Пол	Ж (м/ж)
Дата рождения	" 1 2 " А П Р Е Л Я 1 9 8 6 года
Место рождения:	
город (село, дер., ...)	К О С Т Р О М А
район	
область (край, респ., ...)	
страна	
Гражданство	
Адрес постоянного места жительства	
Адрес регистрации	индекс 1 5 6 5 1 3 адрес К О С Т Р О М С К А Я О Б Л А С Т Ь , К О С Т Р О М С К О Й Р - Н П . Ш У В А Л О В О , У Л П О Б Е Д Ы Д 1
Адрес места жительства фактический	индекс 1 5 6 0 0 0 адрес К О С Т Р О М С К А Я О Б Л А С Т Ь , К О С Т Р О М С К О Й Р - Н Г К О С Т Р О М А У Л М И Р А Д 1 5 (заполнять при отличии от адреса регистрации)
Телефоны	2 2 5 6 3 3 (домашний и/или рабочий)
Документ, удостоверяющий личность	
Вид документа	П А С П О Р Т (указать название документа: паспорт, удостоверение личности и др.)
Серия, номер	3 4 0 0 1 1 2 2 5 6
Дата выдачи	" 1 3 " А П Р Е Л Я 2 0 0 1 года
Кем выдан	О В Д К О С Т Р О М С К О Г О Р - Н А К О С Т Р О М С К О Й О Б Л А С Т И

Дата заполнения  
" 2 9 " А В Г У С Т А 2 0 0 7 года

Личная подпись  
застрахованного лица ИВАНОВА