

Форма АДВ-1

Код по ОКУД

**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 индекс \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_  
 регистрации \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Адрес места индекс \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_  
 жительства \_\_\_\_\_  
 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  
 " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года

Личная подпись  
 застрахованного лица \_\_\_\_\_

**טופס מס' ADB-1 - שאלון למבוטח (תרגום בלבד - אין צורך למלא)**

טופס זה ימולא אך ורק על ידי המבוטח ובאותיות דפוס בלבד

שם משפחה \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_

מין (זכר \ נקבה)

תאריך לידה " \_\_\_\_\_ " שנת \_\_\_\_\_

מקום לידה \_\_\_\_\_

עיר (מושב, כפר...)

אזור \_\_\_\_\_

מחוז (חבל, רפובליקה...)

ארץ \_\_\_\_\_

אזרחות \_\_\_\_\_

כתובת מגורים קבועה

כתובת הרשומה במשרד הפנים: מיקוד \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

כתובת מגורים בפועל \_\_\_\_\_

(יש למלא במידה והיא שונה מכתובת משרד הפנים בלבד)

מס' טל' להתקשרות \_\_\_\_\_

(מס' טל' בבית לאו בעבודה)

תעודה מזהה:

סוג התעודה \_\_\_\_\_

(יש לציין את שמה המלא של התעודה כגון: דרכון, תעודת זהות וכו')

סדרה, מס': \_\_\_\_\_

תאריך הנפקה: " \_\_\_\_\_ " שנת \_\_\_\_\_

על ידי מי הונפקה והוענקה \_\_\_\_\_

תאריך מילוי השאלון: " \_\_\_\_\_ " שנת \_\_\_\_\_

חתימתו האישית של המבוטח: \_\_\_\_\_