Форма АДВ-2 Код по ОКУД

**Заявление об обмене страхового свидетельства**

*Заполняется застрахованным лицом печатными буквами.*

Страховой номер . . . .–. . . .–. . . . . . .

Ф.И.О., указанные в страховом свидетельстве

Фамилия . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Имя . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Отчество . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Новые анкетные данные (указать только изменившиеся данные)

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 |