

Форма АДВ-3

Код по ОКУД

Заявление о выдаче дубликата страхового свидетельства

Заполняется застрахованным лицом печатными буквами:

| | |
|---|--|
| Данные, указанные в страховом свидетельстве | |
| 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: 100%;" type="text"/> " " <input style="width: 100%;" 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"/> |
| Данные, действительные в настоящее время (указать только изменившиеся данные) | |
| 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: 100%;" type="text"/> " " <input style="width: 100%;" 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 | <input style="width: 100%;" type="text"/> индекс <input style="width: 100%;" type="text"/> адрес <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| регистрации | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Адрес места жительства фактический | |
| Адрес | <input style="width: 100%;" type="text"/> индекс <input style="width: 100%;" type="text"/> адрес <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| жительства | <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: 100%;" type="text"/> " " <input style="width: 100%;" type="text"/> года |
| Кем выдан | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

Дата заполнения
" " года

Личная подпись
застрахованного лица

Заполняется страхователем (работодателем).

Заверяю, что застрахованное лицо имело страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования со страховым номером - - , на основании которого сведения о его стаже и заработке представлялись/будут представлены в ПФР.
(ненужное зачеркнуть)

Наименование должности руководителя

Подпись

Расшифровка подписи

Дата