

Форма Анкеты

Сведения о физическом лице – участнике операции

Дата заполнения	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
	день месяц Год
Фамилия	<input type="text"/>
Имя	<input type="text"/>
Отчество	<input type="text"/>
ИНН	<input type="text"/>
Для индивидуального предпринимателя	
Регистрационный номер	<input type="text"/>
Наименование регистрирующего органа	<input type="text"/>
Дата регистрации	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>
Адрес регистрации по месту жительства	
Страна места регистрации	<input type="text"/>
Код субъекта РФ	<input type="text"/>
Район	<input type="text"/>
Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	<input type="text"/>
Улица (проспект, переулок, квартал и т.д.)	<input type="text"/>
Дом	<input type="text"/>
Корпус (строение, владение)	<input type="text"/>
Квартира (офис)	<input type="text"/>
Адрес место нахождения и почтовый адрес совпадают (в случае совпадения отметить знаком X)	
	<input type="checkbox"/>
Адрес пребывания	<input type="text"/>
Страна места нахождения	<input type="text"/>
Код субъекта РФ	<input type="text"/>
Район	<input type="text"/>
Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	<input type="text"/>
Улица (проспект, переулок, квартал и т.д.)	<input type="text"/>
Дом	<input type="text"/>
Корпус (строение, владение)	<input type="text"/>
Квартира (офис)	<input type="text"/>
Код города	<input type="text"/>
Телефон	<input type="text"/>
Документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>
Серия	<input type="text"/>
Номер	<input type="text"/>
Дата выдачи	<input type="text"/>
Кем выдан	<input type="text"/>
Дата рождения	<input type="text"/>
Место рождения:	<input type="text"/>
Страна	<input type="text"/>

Населенный пункт (город, село, поселок и т.д.)	
Гражданство	
Данные миграционной карты	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации	
Сведения об отношении физического лица к категории иностранных публичных должностных лиц	
Сведения о родстве с иностранными публичными должностными лицами	

**Заявление
на получение страхового возмещения**

Дополнительная информация

Дата _____ Подпись _____