

Форма АДВ-3 Государственный пенсионный фонд Приднестровской Молдавской Республики

### Заявление о восстановлении страхового свидетельства

Конфиденциальность информации гарантируется получателем  
Документ заполняется застрахованным лицом шариковой или перьевой ручкой СИНИМИ или ЧЕРНЫМИ чернилами, разборчиво, ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ по нижеприведенным образцам. Документ, содержащий ошибки и исправления, а также без подписи застрахованного лица считается недействительным.

Заполняется сотрудником Фонда

Отделение Фонда  
Дата приема  
Входящий номер

Принял

А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	З	И	Й	К	Л	М	Н	О	П	Р	С	Т	У	Ф	Х
Ц	Ч	Ш	Щ	Ъ	Ы	Ь	Э	Ю	Я			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

**Данные, указанные в страховом свидетельстве:**

Фамилия	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Имя	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Отчество	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	
Пол	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	(м / ж)	Дата рождения	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	года

Место рождения: нас. пункт _____ район _____ область (край) _____ страна _____
--

Документ, удостоверяющий личность:	
серия	номер
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
дата выдачи	_____ года
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
кем выдан	_____
Гражданство	1. _____ 2. _____

Причина восстановления: *утеря, непригодность к использованию* (нужное подчеркнуть)

При непригодности к использованию страховое свидетельство должно быть возвращено в Фонд.

Заявление об изменении анкетных данных прилагается: *да, нет* (нужное подчеркнуть)

Дата заполнения \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_   
 Подпись застрахованного лица

<b>Для заявления, заверенного страхователем</b>		Заполняется страхователем
(регистрационный номер)	(наименование организации)	
_____	_____	
Заверяю, что застрахованное лицо имело страховое свидетельство с номером лицевого счета <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> — <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> _____, на основании которого сведения о его стаже и доходе предоставлялись (будут представлены) в Фонд.		
Наименование должности руководителя	Подпись М.П.	Расшифровка подписи
_____	_____	_____

**Расписка Фонда в приеме документа**

Заполняется сотрудником Фонда

Застрахованное лицо:  
 передал(а) документ  
 Документ принят отделением Фонда:  
 Подпись работника Фонда \_\_\_\_\_

Дата приема \_\_\_\_\_  
 Входящий номер документа \_\_\_\_\_