

ANCHEȚA PERSOANEI ASIGURATE

АНКЕТА ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

- primar** / первично formular / Тип формы
 schimbare date personale / изменение анкетных данных
 restabilire cetrificat de asigurări sociale / восстановление страхового социального свидетельства

DATE PERSONALE / ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Numele / Фамилия _____
 Prenumele / Имя _____
 Prenumele tatălui / Отчество _____
 Sex / Пол: masculin / мужской feminin / женский Cetățenia / Гражданство _____
 Starea socială / Социальный статус _____

DATE DESPRE NASTERE / ДАННЫЕ О РОЖДЕНИИ

Data nașterii / Дата рождения: Ziua / День _____ Luna / Месяц _____ Anul / Год _____
 Țara nașterii / Страна рождения _____
 Județul, regiunea / Уезд/ Область _____
 Raionul, sectorul / Район, сектор _____
 Orașul, satul / Город, село _____

DOMICILIU/ АДРЕС, МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА conform vizei de domiciliu / по прописке real / фактический

Cod poștal _____ Municipiul / Муниципий _____
 Индекс Orașul, satul / Город, село _____
 Primăria / Примэрия _____
 Raionul / Район _____
 Strada _____ Nr. casă _____ Bloc _____ Apartament _____
 Улица Номер дома Корпус Квартира
 Telefon / Телефон _____
 domiciliu / домашний serviciu / рабочий

ACT DE IDENTITATE AL PERSOANEI / ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

Tipul documentului: Buletin de identitate Pașaport de tip vechi Certificat MAI (Formular 9)
 Тип документа Удостоверение личности, Паспорт старого образца, Справка МВД (Форма 9)
 Seria / Серия _____ Numărul / Номер _____
 Numărul de identificare de stat al persoanei (IDNP) _____
 Государственный идентификационный номер (IDNP)
 Eliberat / Выдан _____
 Data eliberării / Дата выдачи: Ziua / День _____ Luna / Месяц _____ Anul / Год _____
Certificat de naștere / Свидетельство о рождении :
 Seria / Серия _____ Numărul / Номер _____
 Eliberat / Выдан _____
 Data eliberării / Дата выдачи: Ziua / День _____ Luna / Месяц _____ Anul / Год _____

Se completează nu mai la schimbarea datelor personale și restabilirea certificatului de asigurări sociale

Заполнять только в случае изменения анкетных данных и восстановления свидетельства социального страхования

Datele indicate în certificatul de asigurări sociale eliberat anterior / Сведения, указанные в ранее выданном страховом свидетельстве
 Codul personal de asigurări sociale / Персональный код социального страхования _____
 Numele / Фамилия _____
 Prenumele / Имя _____
 Prenumele tatălui / Отчество _____

Data completării: Ziua _____ Luna _____ Anul _____

Дата заполнения Число Месяц Год

L. Ș.
M.P.

Semnătura titularului _____

Подпись застрахованного лица

Semnătura persoanei responsabile _____

Подпись ответственного лица