

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
От _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования¹

Прошу приостановить действие моего полиса (полиса гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в связи с поступлением на военную или приравненную к ней службу (за исключением проходящих военную службу по призыву).

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V»):

- 1) сдаю полис обязательного медицинского страхования №² _____ ;
- 2) информирую об утрате полиса обязательного медицинского страхования.

1. Сведения о застрахованном лице

- 1.1 Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.3 Отчество (при наличии)³ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4 Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V») 1.5 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)
- 1.6 Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.7 Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____
- 1.8 Серия _____ 1.9 Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)
- 1.11 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
- 1.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____
- 1.13 Телефон (с кодом): _____ 1.14 Адрес электронной почты: _____
- 1.15 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: _____
- 1.16 Адрес места пребывания⁴: _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁵

- 2.1 Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.3 Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.4 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужное отметить знаком «V»)
- 2.5 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____
- 2.6 Серия _____ 2.7 Номер _____ 2.8 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)
- 2.9 Телефон (с кодом): _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ (подпись застрахованного лица/его представителя)⁶ _____ (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) _____ (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Данные заполняются при сдаче полиса обязательного медицинского страхования.

³ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁴ Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства

⁵ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

⁶ Нужно подчеркнуть.