

ЗАЯВЛЕНИЕ

о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе

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 на материальном носителе № _____
- 2) информирую об утрате полиса обязательного медицинского страхования.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия ИВАНОВ

1.2 Имя ИВАН

1.3 Отчество (при наличии) ИВАНОВИЧ

1.4 Пол муж жен (нужное отметить знаком "V")

1.5. Дата рождения 01.01.2000

1.6 Место рождения НОВОСИБИРСК

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 ПАСПОРТ РФ

1.8. Серия 50 20 1.9 Номер 000000 1.10 Дата выдачи 01.01.2020

1.11 Кем выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

1.12 Гражданство Российская Федерация

1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 000-000-000 00 (при наличии)

1.14 Телефон (с кодом): (000)000-0000

1.15 Адрес электронной почты:

1.16. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: а) Почтовый индекс 633011

б) Субъект Российской Федерации НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

в) Район ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫЙ г) Город НОВОСИБИРСК

д) Населенный пункт

е) Улица ЛЕНИНА

ж) Номер дома 1 з) Корпус и) Квартира 1 к) Дата регистрации 01.01.2000

1.17. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства): _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица

2.1 Фамилия

2.2 Имя

2.3 Отчество

2.4 Дата рождения:

2.5 Гражданство:

2.7 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 :

2.9 Серия Номер

2.10 Дата выдачи

Кем выдан

2.11 Реквизиты доверенности: Номер Дата

2.16 Телефон (с кодом):

2.17 Адрес электронной почты:

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Дата: 01.01.2023

(число, месяц, год)

Иванов

(подпись застрахованного лица/его представителя)

(расшифровка подписи)

Данные подтверждены:

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))

(расшифровка подписи)

М.П.