

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

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 №¹ _____

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)² _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4 Пол: муж. жен. (нужно 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 Кем выдан _____
- 1.12 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
- 1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____
- 1.14 Телефон (с кодом): _____ 1.15 Адрес электронной почты: _____
- 1.16 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: _____
- 1.17 Адрес места пребывания³: _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁴

- 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 Дата рождения: _____ 2.5 Гражданство _____
(число, месяц, год)
- 2.6 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 _____
- 2.7 Серия _____ 2.8. Номер _____ 2.9 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)
- Кем выдан: _____
- 2.10 Реквизиты доверенности: № _____ Дата: _____ (число, месяц, год)
- 2.11 Телефон (с кодом): _____ 2.12 Адрес электронной почты: _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ Дата: _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)⁵ (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) /
Территориального фонда ОМС) (расшифровка подписи)

М.П.

¹ Данные заполняются при сдаче полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства

⁴ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

⁵ Нужно подчеркнуть.