

В

(наименование страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС)

От

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования

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).

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) ¹ _____
(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 пребывания²: _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица³

- 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

(подпись застрахованного лица/его представителя)⁴ _____ (расшифровка подписи) Дата: _____ (число, месяц, год)

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

М.П.

¹ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

² Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства

³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

⁴ Нужно подчеркнуть.