

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

	1) Сдаю мой полис обязательного медицинского страхования (полиса гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на материальном носителе №
	2) информирую об утрате полиса обязательного медицинского страхования.

1.1.	Фамилия
	(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

[illegible]

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

[illegible]

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. ☐ жен. ☐

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)

(при наличии)

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

1.14. Телефон (с кодом): домашний служебный мобильный

1.15. Адрес электронной почты _____

1.16. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс						
--------------------	--	--	--	--	--	--

б) субъект Российской Федерации

(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____

(село, поселок и т.п.)

(проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения)

к) дата регистрации по месту жительства _____ , ____ / ____ / ____

лицо без определённого места жительства

1.17. Адрес места пребывания²:

а) ПЕНТАРНЫЙ ИНДЕКС

б) субъект Российской Федерации

(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

в) район _____ 1) город _____
 д) населенный пункт _____

(село, поселок и т.п.)

е) улица _____ (село, поселок и т.п.)

(проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) з) корпус (строение) и) квартира (ком.)

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

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. Пол: муж. ☐ жен. ☐

2.5. Дата рождения

2.6. Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

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

2.8. Серия _____ 2.9. Номер _____

2.10. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Кем выдан _____

2.10. Реквизиты доверенности:
Номер _____ Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

2.11. Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____ мобильный _____

2.12. Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю:

√ _____ Дата: _____
Подпись застрахованного лица/его представителя _____ Расшифровка подписи _____
(число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) _____ (расшифровка подписи) М.П.

³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.