|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | В «ТФОМС Волгоградской области» | | |
|  | | |  | От | | |
|  | | |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** | | | | | | | |
| о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования [[1]](#footnote-1) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 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]](#footnote-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]](#footnote-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 | Гражданство: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | (название государства; лицо без гражданства) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.8 | Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.9 | 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  |
| 1.10 | Серия | | |  | | | | | | | | | | | | 1.11 Номер | | | | |  | | | | 1.12 Дата выдачи | |  | |
|  |  | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.12.1 | | Кем выдан | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | (орган, выдавший документ, удостоверяющий личность) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.13 | Телефон (с кодом): | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 1.14 | | Адрес электронной почты[[4]](#footnote-4): | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.15 | Адрес регистрации по месту жительства в РФ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.16 | Адрес места пребывания[[5]](#footnote-5): | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. **Сведения о представителе застрахованного лица[[6]](#footnote-6)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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): | | |  | | | | | | | | | | | | |

1. **Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | |  | | |
| (подпись застрахованного лица/его представителя)[[7]](#footnote-7) | | | |  | | | (расшифровка подписи) | | |
| Дата: | | |  | | |  | | | |
|  | | | (число, месяц, год) | | |  | | | |
| Заявление принял: | | |  | | | | |  |  |
|  | | | (подпись представителя территориального фонда (филиала) | | | | | (расшифровка подписи) | |
| Дата: | |  | | |  | | | | |
|  | | (число, месяц, год) | | |  | | | | |

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Данные заполняются при сдаче полиса обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-2)
3. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-3)
4. Заполняется при наличии, иначе ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-4)
5. Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства. [↑](#footnote-ref-5)
6. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-6)
7. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-7)