|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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)