|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Приложение № 4к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_**ФОРМА** |
|  |  | В  |
|  |  | (наименование страховой медицинской организации (филиала) /Территориального фонда ОМС) |
|  |  | От  |
|  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
| **о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе** |
| 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 на материальном носителе №[[1]](#footnote-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]](#footnote-2) |  |
|  |  | (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 | 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 пребывания[[3]](#footnote-3):  |  |
|  |

1. **Сведения о представителе застрахованного лица[[4]](#footnote-4)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  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: |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Дата: |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя)[[5]](#footnote-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. [↑](#footnote-ref-1)
2. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-2)
3. Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства [↑](#footnote-ref-3)
4. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица [↑](#footnote-ref-4)
5. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-5)