

**В акционерное общество «Чувашская медицинская страховая компания»**

(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**

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V»):

1) сдаю мой полис обязательного медицинского страхования (полиса гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на материальном носителе № \_\_\_\_\_

2) информирую об утрате моего 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) <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(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<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>3</sup>**

- 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)<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ (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.