В АО "ГМСК "Заполярье"

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

От _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ
о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования

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).

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____

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

1.3 Отчество (при наличии) _____

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

1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 1.5 Дата рождения: 0

(нужное отметить знаком "V") (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 _____ 1.9 Серия _____ Номер _____

Код подразделения _____ 1.10 Дата выдачи 0

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: _____

_____

2. Сведения о представителе застрахованного лица

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: 0 2.5 Гражданство: _____

(число, месяц, год) (название государства; лицо без гражданства)

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 _____

Кем выдан _____

2.10 Реквизиты доверенности: № _____ Дата _____

2.11 Телефон (с кодом): _____ 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: _____ / Шишкина Евгения Христофоровна /

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС) (расшифровка подписи)

М.П.