

В \_\_\_\_\_  
 (наименование страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС)  
 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).

**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.  (нужно 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**

\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 (подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>4</sup> (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)  
 (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС)

М.П.

<sup>1</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.  
<sup>2</sup> Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства  
<sup>3</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица  
<sup>4</sup> Нужно подчеркнуть.