

**Заявление о сдаче (утрате) полиса ОМС**

В соответствии с частью 3 ст. 49.1 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" прошу принять (считать утраченным) полис обязательного медицинского страхования (далее - полис ОМС).

**1. Сведения о застрахованном лице**

- 1.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
1.2. Имя \_\_\_\_\_  
1.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
1.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")  
1.5. Дата рождения \_\_\_\_\_  
1.6. Место рождения \_\_\_\_\_  
1.7. Гражданство \_\_\_\_\_  
(наименование государства; лицо без гражданства)  
1.8. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_  
1.9. Данные документа, удостоверяющего личность  
Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_  
1.10. Контактная информация \_\_\_\_\_

**2. Сведения о представителе застрахованного лица**

- 2.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
2.2. Имя \_\_\_\_\_  
2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
2.4. Отношение к застрахованному лицу \_\_\_\_\_  
2.5. Данные документа, удостоверяющего личность  
Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_  
2.6. Контактная информация \_\_\_\_\_  
3. Номер полиса ОМС № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись застрахованного лица/его представителя)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_