

В АО "Страховая группа "Спасские ворота-М"

от _____,

ФИО полностью

Заявление о сдаче (утрате) полиса ОМС

Прошу прекратить действие полиса обязательного медицинского страхования _____, выданного _____,

Номер полиса ОМС/отсутствует

СМО, выдавшая полис ОМС

на имя _____,

ФИО полностью

_____, « _____ » _____, _____,

Пол

Дата рождения

Место рождения

_____, _____, _____,

Гражданство

СНИЛС

Контакт. телефон

_____, название документа _____, номер _____,

Электронная почта

Паспорт/ другой документ, удостоверяющий личность

дата выдачи _____, кем выдан _____,

в связи с тем, что _____
является

ФИО полностью

военнослужащим/сотрудником организации, приравненным к военнослужащим,
в оказании медицинской помощи.

Представитель ЗЛ:

_____,

ФИО полностью

_____, _____,

отношение к ЗЛ (мать, отец, иное- указать)

название документа _____, номер _____, дата выдачи _____

Паспорт/ другой документ, удостоверяющий личность

кем выдан _____, _____,

Контактный телефон

Электронная почта

Доверенность от « _____ » _____ г. на срок _____ прилагается.

Дата

Дата: _____

Подпись ЗЛ/представителя ЗЛ: _____

Заявление принял: _____

Подпись Поверенного: _____

ФИО