

От _____
(Ф.И.О. застрахованного лица)

адрес: _____

№ телефона: _____

адрес электронной почты: _____

Уведомление об изменении фамилии (или: имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства) застрахованного

Я, _____,
(Ф.И.О. застрахованного лица)

являюсь застрахованным лицом в соответствии с полисом обязательного медицинского страхования N _____

в _____,
(наименование страховой медицинской организации)

не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом.

На основании п. 3 ч. 2 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", настоящим уведомляю об изменении с "___" _____ 20__ г. фамилии (или: имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства) с _____ на _____, что подтверждается прилагаемыми документами.

Приложение:

1. Документы, подтверждающие изменение фамилии (или: имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства).

«___" _____ 20__ г.

(Ф.И.О)

(подпись)