

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса ¹

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» нужное отметить знаком «V»):

<input type="checkbox"/>	1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования;	<input type="checkbox"/>	1) в форме бумажного бланка;
<input type="checkbox"/>	2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>	2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	3) в составе универсальной электронной карты гражданина

В СВЯЗИ С (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства;
<input type="checkbox"/>	2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
<input type="checkbox"/>	3) ветхостью и непригодностью полиса;
<input type="checkbox"/>	4) утратой ранее выданного полиса;
<input type="checkbox"/>	5) окончанием срока действия полиса ² .

1. Сведения о застрахованном лице

¹ Исправления не допускаются.

² Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации³

1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁴)

1.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Отчество (при наличии)⁵ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |

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 лицом⁶

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком “V”)

1.7. Дата рождения: _____

³ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.18 не заполняются.

⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁶ Поле обязательное для заполнения.

(число, месяц, год)

1.8. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10. Серия _____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

1.12. Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁷:

а) почтовый индекс

--	--	--	--	--	--

б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

_____ лицо без определённого места жительства⁸

1.14. Адрес места пребывания⁹ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс

--	--	--	--	--	--

б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹⁰:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁸ Отмечается знаком «V».

⁹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

¹⁰ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

г) кем и когда выдан _____

1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.17. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
(при наличии)

1.18. Контактная информация:

1.18.1. Телефон (с кодом): _____ домашний _____ служебный _____

1.18.2. Адрес электронной почты _____.

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных¹¹

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V»)

2.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

2.6. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹²

3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹³.

3.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.4. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

¹¹ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

¹² Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹³ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.

3.5. Отношение к
застрахованному лицу, мать отец иное (нужное отметить знаком “V”)
сведения о котором
указаны в заявлении:

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: _____

3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____

3.9. Дата выдачи _____

3.10. Контактный телефон: _____ код _____ домашний _____ служебный _____

1. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю. _____

Подпись застрахованного
лица/его представителя¹⁴

Расшифровка подписи

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял:

(подпись представителя страховой
медицинской организации (филиала))

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

М.П.

Подпись застрахованного лица/
его представителя¹⁵

Расшифровка подписи»

¹⁴ Нужно подчеркнуть

¹⁵ Нужно подчеркнуть.