

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹:

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <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"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |

в связи с²:

- | | |
|--------------------------|--|
| <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

- 1.1. 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 _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4. Пол: муж. жен.
- 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 _____
- 1.8. Серия _____ 1.9. Номер _____
- 1.9. Дата выдачи _____
- 1.10. Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
- 1.11. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

- а) _____
- б) дата регистрации по месту жительства _____

 лицо без определённого места жительства

- 1.12. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства): а) _____

- 1.13. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации³:

- а) вид документа _____
- б) серия _____ в) номер _____
- г) кем и когда выдан _____

- 1.14. 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)

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

- 1.16. Контактная информация:

- 1.16.1. Телефон (с кодом): _____

- 1.16.2. Адрес электронной почты _____

Предоставленная мною контактная информация, указана верно. По указанному номеру телефона со мной можно будет связаться в течение 6 месяцев с момента оформления заявления. _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

Отказываюсь предоставлять контактный номер телефона, по причине: _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)¹ Соответствующий пункт отметить знаком «V».² Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.³ Для лиц, указанных в частях 3, 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.

1.7. Категория застрахованного лица (нужно отметить знаком «V»):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) работающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий, постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 7) неработающий, постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий, временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 8) неработающий, временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства; | <input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; | <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 лицом⁴

_____ (подпись застрахованного лица или его представителя)

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

- 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 _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.4. Пол: муж. жен. (нужно 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 лица

- 3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации.
- 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)
- 3.5. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужно отметить знаком V[»])
- 3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: _____
- 3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____
- 3.9. Дата выдачи _____
- 3.10. Контактный телефон: _____ код _____ домашний _____ служебный _____
4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(Подпись застрахованного лица/ представителя) (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой организации) (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____ М.П.
(число, месяц, год)

(Подпись застрахованного лица/ представителя) (расшифровка подписи)

⁴ Поле обязательное для заполнения.