

В _____
(наименование филиала страховой медицинской организации)

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса

При заполнении исправления не допускаются

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

<input type="checkbox"/>	1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования;
<input type="checkbox"/>	2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования

Соответствующий пункт отметить знаком «V»

<input type="checkbox"/>	1) в форме бумажного бланка;
<input type="checkbox"/>	2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
<input type="checkbox"/>	3) в составе универсальной электронной карты гражданина

Соответствующий пункт отметить знаком «V»

связи с:

<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 или непригодностью полиса;
<input type="checkbox"/>	4) утратой ранее выданного полиса;
<input type="checkbox"/>	5) окончанием срока действия полиса (только для беженцев, иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации)

Соответствующий пункт отметить знаком «V»

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации в случае совпадения отметить знаком «V», при выборе этого элемента пункты 1.2 -1.18 не заполняются

1.2. Фамилия _____ 1.3. Имя _____

1.4. Отчество (при наличии) _____

ФИО указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность (до 14 лет - свидетельство о рождении), при отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе «отчество» ставится прочерк

1.5 Категория застрахованного лица

<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».

Соответствующий пункт отметить знаком «V»

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

(подпись застрахованного лица или его представителя)

Поле обязательное для заполнения

1.6. Пол: муж. жен. Соответствующий пункт отметить знаком «V»

1.7. Дата рождения: _____ 1.8. Место рождения: _____

(число, месяц, год)

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10. Серия _____ 1.10.1. Номер _____ 1.11. Дата выдачи _____

1.12. Гражданство: _____ (название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного

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) N дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определенного места жительства (отмечается знаком «V»)

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

Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

а) почтовый индекс

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

б) субъект Российской Федерации _____ (республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____ д) населенный пункт _____

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

ж) N дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

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

Заполняется только иностранными гражданами, временно проживающими в РФ, беженцами, лицами без гражданства!

а) вид документа _____ б) серия _____ в) номер _____

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)

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 данных

указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе

2.1. Фамилия _____ 2.2. Имя _____

2.3. Отчество (при наличии) _____

ФИО 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 в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица

заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

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

в случае совпадения отметить знаком «V», при выборе этого элемента пункты 3.2. – 3.10 заявления не заполняются

3.2. Фамилия _____ 3.3. Имя _____

3.4. Отчество (при наличии) _____

ФИО указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность

3.5. Отношение к застрахованному лицу, _____ мать отец иное

сведения о котором указаны в заявлении: _____ *нужное 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.

_____ Дата: _____

(подпись застрахованного, лица/его представителя) (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

(нужное подчеркнуть)

Заявление принял: _____

(подпись представителя СМО)

(расшифровка подписи)

Дата: _____

(число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство N _____

М.П.

Подпись застрахованного лица/ его представителя

Расшифровка подписи

(нужное подчеркнуть)

На получение SMS-сообщения о готовности полиса и другой информации об ОМС

на номер _____ согласен _____

Согласен на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)