

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» (соответствующий пункт отметить знаком «✓»):

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <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; |
| в связи с: | | <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |
| <input type="checkbox"/> | 1) изменением фамилии, имени, отчества, пола, даты или места рождения, места жительства | <input type="checkbox"/> | 4) утратой ранее выданного полиса |
| <input type="checkbox"/> | 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе | <input type="checkbox"/> | 5) окончанием срока действия полиса |
| <input type="checkbox"/> | 3) ветхостью и непригодностью полиса | | |

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ

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

1.2. Фамилия _____ 1.3. Имя _____ 1.4. Отчество _____

1.5. Пол: муж. жен. 1.6. Дата рождения _____

1.7. Категория застрахованного лица:

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <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 ФЗ «О беженцах»; | <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «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 лицом _____
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.8. Место рождения _____

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10. Серия _____ 1.11. Номер _____ 1.12. Дата выдачи _____

Кем выдан _____

1.13. Гражданство (название государства; лицо без гражданства) _____

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

почтовый индекс _____ субъект РФ (республика, край, область, округ) _____

район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____

(село, поселок и т.л.) _____ (проспект, переулок и т.л.) _____

№ дома _____ корпус _____ квартира _____ дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определенного места жительства

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

почтовый индекс _____ субъект РФ (республика, край, область, округ) _____

район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____

№ дома _____ корпус _____ квартира _____

1.16. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации (для беженцев; лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих в РФ):

вид документа _____ серия _____ номер _____

кем и когда выдан _____

1.17. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации: с _____ по _____

1.18. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в Пенсионном Фонде РФ _____

1.19. Контактная информация: _____ (при наличии)

1.19.1. Тел.: домашний _____ служебный _____ 1.19.2. e-mail _____

2. СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ ДО ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ ИСПРАВЛЕНИЯ АНКЕТНЫХ ДАННЫХ

2.1. Фамилия _____ 2.2. Имя _____ 2.3. Отчество _____

2.4. Пол: муж. жен. 2.5. Дата рождения _____ 2.6. Место рождения _____

2.7. Вид документа _____ Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

3. СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

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

3.2. Фамилия _____ 3.3. Имя _____ 3.4. Отчество _____

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

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность _____

3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____ 3.9. Дата выдачи _____

3.10. Контактный телефон: домашний _____ служебный _____

Я ознакомлен с Правилами обязательного медицинского страхования, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта РФ. О сроках оформления и выдачи страхового медицинского полиса проинформирован лично. Мне предоставлена информация о правах застрахованного лица в сфере ОМС и контактные телефоны территориального фонда ОМС и СМО, выдавшей полис обязательного медицинского страхования.

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись _____ Дата: _____

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

6. Заявление принял _____ Дата: _____

(подпись представителя страховой медицинской организации) _____ (расшифровка подписи) _____ (число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство № _____