

ОБРАЗЕЦ

В

ООО СМК «Астра-Металл»

ОТ

Кузьминой Марии Дмитриевны
(Ф.И.О. гражданина)**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 checked="" type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input checked="" 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 checked="" 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 **КУЗЬМИН** 1.3. Имя **АНДРЕИ** 1.4. Отчество **ЭДУАРДОВИЧ**
- 1.5. Пол: муж. жен. 1.6. Дата рождения **12.08.2005**

1.7. Категория застрахованного лица:

- | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; | <input checked="" 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 **Кузьми** (подпись застрахованного лица или его представителя)

1.8. Место рождения **с. Агаповка Челябинской обл.**

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность **свидетельство о рождении**

1.10. Серия **02 ИВ** 1.11. Номер **123456** 1.12. Дата выдачи **25.08.2005**

Кем выдан **Агаповским РОВД Челябинской области**

1.13. Гражданство (название государства; лицо без гражданства) **Россия**

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

почтовый индекс **457400** субъект РФ (республика, край, область, округ) **Челябинская обл.**

район **Агаповский р-н** город _____

населенный пункт _____ улица **ул. Советская**

№ дома **20** корпус **1** квартира **5** дата регистрации по месту жительства **17.06.2007**

лицо без определённого места жительства

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

почтовый индекс **457400** субъект РФ (республика, край, область, округ) **Челябинская обл.**

район _____ город **г. Магнитогорск**

населенный пункт _____ улица **пр. Ленина**

№ дома **147** корпус _____ квартира **59**

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 **123-456-789 02**

1.19. Контактная информация: (при наличии)

1.19.1. Тел.: домашний **3519 38-08-08** служебный _____ 1.19.2. e-mail **kuzya@agapovka.ru**

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 **КУЗЬМИНА** 3.3. Имя **МАРИЯ** 3.4. Отчество **ДМИТРИЕВНА**

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

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность **паспорт**

3.7. Серия **75 05** 3.8. Номер **123456** 3.9. Дата выдачи **10.10.2005**

3.10. Контактный телефон: домашний **3519 38-08-08** служебный **908-089-89-89**

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 **Кузьми** _____ Дата: **12.01.2012**

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

6. Заявление принял _____ Дата: _____

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

М.П.

Выдано временное свидетельство № _____