

**ОБРАЗЕЦ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»  
от Кузьминой Марии Дмитриевны

**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 «V»):

- |  |  |
|--|--|
| <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 в связи с:         | <input type="checkbox"/> 2) 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 АНДРЕЙ 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"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;  |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;         | <input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства;  |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;          | <input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах";   |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства;   | <input type="checkbox"/> 11) соответствию с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее - договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств - членов ЕАЭС; |
| <input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах"; | <input type="checkbox"/> 12) член коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);   |
| <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации;   | <input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Комиссии;   |
| <input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;       | <input type="checkbox"/> 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации;   |

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 Кузьмина  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.8. Место рождения с. Агаповка Челябинской обл. **свидетельство о рождении**

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность свидетельство о рождении

1.10. Серия 2 ИВ 1.11. Номер 123456 1.12. Дата выдачи 25.08.2005

Кем выдан Отдел ЗАГС Агаповского района **Россия**

1.13. Гражданство Россия (название государства, лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

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

район Агаповский р-н город \_\_\_\_\_

населенный пункт Агаповский р-н улица ул. Советская

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

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 455038 субъект РФ (респ., край, обл., 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:

вид документа \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.17. 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 \_\_\_\_\_

1.18. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством - члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия \_\_\_\_\_

1.19. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации \_\_\_\_\_

1.20. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование \_\_\_\_\_

1.21. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания \_\_\_\_\_

1.22. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в Пенсионном фонде РФ 123-456-789 02

1.23. Контактная информация: \_\_\_\_\_ (при наличии)

1.23.1. Тел: домашний 3519 38-08-08 сотовый \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_

1.23.2. e-mail домашний kuzya@agapovka.ru рабочий \_\_\_\_\_

1.24. Отказываюсь предоставлять контактную информацию \_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица)

**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 КУЗЬМИНА МАРИЯ ДМИТРИЕВНА

3.5. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать  отец  иное  (нужное отметить знаком "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 сотовый 908-089-89-89 рабочий \_\_\_\_\_

3.11. e-mail домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_

3.12. Отказываюсь предоставлять контактную информацию \_\_\_\_\_ (подпись представителя застрахованного лица)

3.13. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

3.14. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается **бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.**

3.15. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", выдается **бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил.**

3.16. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

3.17. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государством - членом ЕАЭС.

3.18. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

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 Кузьмина  
(застрахованного лица/его представителя)

Кузьмина М.Д.  
(дублировка подписи)

Дата: 12.01.2012  
(число, месяц, год)

Заявление принял \_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой медицинской организации)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_