

ОТ _____

(Ф.И.О. гражданина)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса¹

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»²:

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования; |
| ☐ | 2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования. |

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1) в форме бумажного бланка; |
| ☐ | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
| ☐ | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина. |

В СВЯЗИ С:

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства; |
| ☐ | 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе; |
| ☐ | 3) ветхостью и непригодностью полиса; |
| ☐ | 4) утратой ранее выданного полиса; |
| ☐ | 5) окончанием срока действия полиса ³ . |

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. ☐ Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации⁴

1.2. **Фамилия**

_____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁵)

1.3. **Имя**

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

1.4. **Отчество (при наличии)⁶**

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

1.5. **Категория застрахованного лица:** (нужное отметить знаком «V»)

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| ☐ | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| ☐ | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| ☐ | 4) работающее лицо без гражданства; |
| ☐ | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| ☐ | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| ☐ | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| ☐ | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| ☐ | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| ☐ | 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 лицом⁷

_____ (подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. **Пол** муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком «V»)

1.7. **Дата рождения**

_____ (число, месяц, год)

1.8. **Место рождения**

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

¹ Исправления не допускаются.

² Соответствующий пункт отметить знаком «V».

³ Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.

⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.18. не заполняются.

⁵ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁶ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁷ Поле обязательное для заполнения.

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____
1.10. Серия _____ 1.11. Номер _____
1.12. Дата выдачи _____
1.13. Кем выдан _____
1.14. Гражданство _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.15. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁸:

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) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ Лицо без определённого места жительства⁹

1.16. Адрес места пребывания¹⁰ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

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) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.17. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹¹:

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

1.18. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

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

1.20. Контактная информация:

1.20.1. Телефоны (с кодом): домашний _____ служебный _____
мобильный _____

1.20.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных¹²

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 (при наличии) _____
(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)

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹³

3.1. ☐ Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹⁴

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)

⁸ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁹ Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства

¹⁰ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹¹ Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации.

¹² Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

¹³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.11. не заполняются.

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 ☐ (нужное отметить знаком "V")

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность _____

3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____

3.9. Дата выдачи _____

3.10. Кем выдан _____

3.11. Контактная информация:

3.11.1. Телефоны (с кодом): домашний _____ служебный _____
мобильный _____

3.11.2. Адрес электронной почты _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

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

Заявление принял: _____ Подпись представителя страховой медицинской организации	_____ (расшифровка подписи)
Выдано временное свидетельство № _____	
Дата: _____ (число, месяц, год)	М.П.

_____ (подпись застрахованного лица/ его представителя)	_____ (расшифровка подписи)
--	--------------------------------