

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса ¹

Прочту выдать²
 мне гражданину, представителем которого я являюсь
в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском
страховании в Российской Федерации»³:

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

- | | |
|--------------------------|---|
| <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 |

в связи с⁴:

- | | |
|--------------------------|--|
| <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 и непригодностью полиса; |
| <input type="checkbox"/> | 4) утратой ранее выданного полиса; |
| <input type="checkbox"/> | 5) окончанием срока действия полиса ⁵ . |

¹ Исправления не допускаются.

² Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.

³ Соответствующий пункт отметить знаком «V».

⁴ Соответствующий пункт отметить знаком «V».

⁵ Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹

1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность²)

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

1.4. Отчество (при наличии)³ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.5. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V»)

1.6. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: _____

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

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.9. Серия _____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

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

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁴:

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 жительства⁵

1.14. Адрес места пребывания⁶ (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)

¹ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.11. не заполняются.

² Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

³ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁴ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁵ Отмечается знаком «V».

⁶ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

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

ж) № дома (владение) _____

з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

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

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): _____ домашний _____

сотовый _____ служебный _____

1.17.2. Адрес электронной почты _____.

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных²

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 с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица³

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

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

¹ Для лиц, указанных в пункте 9 Правил обязательного медицинского страхования.

² Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.

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

3.4. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: _____

3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____

3.9. Дата выдачи _____

3.10. Контактный телефон: код _____ домашний _____
служебный _____
сотовый _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹

(расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))

(расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

Выдано временное свидетельство № _____

¹ Нужно подчеркнуть.