

В _____

ОТ _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса ¹

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (нужное отметить знаком "V")

- 1) переоформленный полис ОМС
 2) дубликат полиса ОМС

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

в связи с (нужное отметить знаком "V"):

- 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. ²

1. Сведения о застрахованном

1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации ³

1.2. Фамилия _____ 1.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) ⁴ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Отчество (при наличии) ⁵ _____
(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 лицом ⁶

подпись застрахованного лица/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)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10. Серия _____ 1.10. Номер _____ 1.11. Дата выдачи _____
кем выдан _____

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

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: ⁷

- а) почтовый индекс
б) субъект Российской Федерации _____ (республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ (наименование населенного пункта)
е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____ ж) № дома (владения) _____
з) корпус(строение) _____ и) квартира _____ к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определенного места жительства ⁸

1.14. Адрес места пребывания ⁹ (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 _____ е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

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

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации: 10

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.17. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.18. Контактная информация: 1.18.1. Телефон (с кодом): домашний _____ (при наличии) служебный _____

1.18.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных

11

2.1. Фамилия _____ 2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе) (указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3. Отчество (при наличии) _____ 2.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.5. Дата рождения _____ 2.6. Место рождения _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного

12

Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации 13

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

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

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

3.5. Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____

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

3.9. Контактный телефон: домашний _____ служебный _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица/его представителя ¹⁴ _____ Расшифровка подписи _____ Дата: _____
(число, месяц, год)

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

Дата: _____ Выдано временное свидетельство № _____ М.П. _____
(число, месяц, год)

Подпись застрахованного лица/его представителя ¹⁴ _____ Расшифровка подписи _____

НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Ознакомлен(на) с тем, что временное свидетельство действительно 30 рабочих дней (срок оформления и выдачи полисов ОМС). Обязуюсь получить полис ОМС в течение данного срока

Подпись застрахованного лица/его представителя ¹⁴ _____ Расшифровка подписи _____

Согласен(на) на устное или письменное информирование меня по указанному мной телефону(ам), в том числе СМС - сообщением (обычным или через приложение - мессенджер), и/или по адресу(ам) электронной почты о готовности полиса ОМС или отказе в выдаче полиса ОМС, об изменении законодательства в сфере ОМС и прочее информирование. *

Подпись застрахованного лица/его представителя ¹⁴ _____ Расшифровка подписи _____

1. При заполнении заявления исправления не допускаются.

2. Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

3. В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента пункты 1.2 - 1.18 не заполняются.

4. Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

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

6. Поле обязательное для заполнения.

7. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

8. Отмечается знаком "V".

9. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

10. Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

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

12. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

13. В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента пункты 3.2 - 3.10 не заполняются.

14. Нужно подчеркнуть.