

**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»

нужное отметить знаком «V»):

- 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 (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.

1. Сведения о застрахованном лице

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

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

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

1.4. Отчество (при наличии) _____
(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

(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)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10. 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 Федерации:

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 жительства

1.14. Адрес места пребывания (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 (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

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

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 (временного проживания) 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) (при наличии) _____

1.18. Контактная информация:

1.18.1. Телефон (с кодом): _____ Домашний _____ служебный _____

1.18.2. Адрес электронной почты _____

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

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 лица

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

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)

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 _____

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 (филиала))

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

(Подпись застрахованного лица/его представителя)

(Расшифровка подписи)