

В ООО "СМК "УГМК-Медицина"
Адрес 620075, г.Екатеринбург, ул. Первомайская,15
от _____

(Ф.И.О. гражданина)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса

Прошу выдать мне в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации":

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования | <input type="checkbox"/> 1) в форме бумажного бланка |
| <input type="checkbox"/> 2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования | <input type="checkbox"/> 2) в форме пластиковой карты с электронным |
| | <input type="checkbox"/> 3) в составе универсальной электронной карты |
| | гражданина |

в связи с:

- 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты 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 (смене) страховой медицинской организации

1.2. Фамилия _____

1.3. Имя _____

1.4. Отчество (при наличии) _____

1.5. Категория застрахованного лица

- 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) не работающий гражданин Российской Федерации
- 7) не работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин
- 8) не работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин
- 9) не работающее лицо без гражданства
- 10) не работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"
- 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском
- 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия)
- 13) должностное лицо Комиссии
- 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 медицинской помощи лицом.

(Подпись застрахованного лица/представителя ЗЛ)

1.6. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

1.7. Дата рождения _____

1.8. Место рождения _____

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10 Серия _____

1.10. Номер _____

1.11 Кем выдан _____

1.12 Дата выдачи _____

1.13 Дата окончания действия д-та _____

1.14 Гражданство _____

(наименование государства; лицо без гражданства)

1.15 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____

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

(отмечается знаком "V")

1.16 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 _____

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 Федерации:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.18 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание без гражданства) с: _____ по _____

1.19 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.20 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящегося государства - члена ЕАЭС:

дата подписания _____ серия _____ номер _____

срок действия с _____ по _____

1.21 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии,

серия _____ номер _____

дата выдачи _____ дата окончания действия _____

1.22 Категория застрахованного лица в соответствии с положением договора о ЕАЭС о праве отдельных _____

1.23 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания:

а) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

б) район _____ в) город _____

г) населенный пункт _____

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

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

и) срок пребывания с _____ по _____

1.24 Контактная информация:

1.24.1. Телефон (с кодом) домашний _____ служебный _____

1.24.2. Адрес электронной почты _____

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

2.1. Фамилия _____

2.2. Имя _____

2.3. Отчество (при наличии) _____

2.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

2.5. Дата рождения _____

2.6. Место рождения _____

3. Сведения о представителе застрахованного лица

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

3.2. Фамилия _____

3.3. Имя _____

3.4. Отчество (при наличии) _____

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. Кем выдан _____

3.10 Дата выдачи _____ 3.11 Дата окончания действия д-та _____

3.12 Контактный телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____

4. Информация о сроках действия полиса обязательного медицинского страхования

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

- 4.2. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.
- 4.3. 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.
- 4.4. 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.
- 4.5. 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.
- 4.6. 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

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(Подпись застрахованного лица/представителя ЗЛ)

(расшифровка подписи)

6. Согласие на обработку биометрических персональных данных (цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи)

Даю согласие страховой медицинской организации и ТФОМС Свердловской области, расположенному по адресу:

(расшифровка подписи)

Заявление принял:

(Подпись представителя СМО)

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____

М.П.

(Подпись застрахованного лица/представителя ЗЛ)

(расшифровка подписи)

Даю согласие на СМС-оповещение _____

