

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» (нужное отметить знаком «V»):

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <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 носителем; |
| | | <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |

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

- | | |
|--------------------------|--|
| <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 ² . |

1. Сведения о застрахованном лице

- 1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации³
- 1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁴)
- 1.3. Имя _____
(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»):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> | 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 оказания медицинской помощи лицом⁶

(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, 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

1.10. Серия _____ 1.10. Номер _____

1.11. Кем выдан _____

1.12. Дата выдачи _____

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

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁷:

- 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 жительства⁸

¹ Исправления не допускаются.

² Для лиц, указанных в пунктах 39, 40, 41, 42 Правил обязательного медицинского страхования.

³ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.17 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».

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 14 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 – члена 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 полномочий.

4.7. При обращении граждан, указанных в пунктах 4.2. – 4.6., для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается бумажный полис со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица/его представителя¹⁴
Дата: _____
(число, месяц, год)

Расшифровка подписи

6. Даю согласие на информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи (для лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и граждан, признанных недееспособными, - согласие законного представителя застрахованного лица, а также согласие представителя застрахованного лица в случае подачи им заявления).

Подпись застрахованного лица/его представителя¹⁴

Расшифровка подписи

7. Даю согласие страховой медицинской организации и ТФОМС Свердловской области, расположенному по адресу: г. Екатеринбург, ул. Московская, 54, на обработку (включая передачу их третьим лицам) моих биометрических персональных данных (цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству¹⁵

Подпись застрахованного лица/его представителя¹⁴

Расшифровка подписи

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации)

Расшифровка подписи

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

М.П.

Подпись застрахованного лица/его представителя¹⁴

Расшифровка подписи

НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Ознакомлен(а) с тем, что временное свидетельство действительно до момента получения полиса ОМС, но не более 45 рабочих дней (срок оформления и выдачи полисов ОМС), обязуюсь получить полис ОМС в течение данного срока

Подпись застрахованного лица/его представителя¹⁶

Расшифровка подписи

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение на всех этапах оказания медицинской помощи, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактными данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)¹⁷

Отказ от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер)

Подпись застрахованного лица/его представителя¹⁸

Расшифровка подписи

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. заявления не заполняются.

14 Нужно подчеркнуть.

15 Заполняется в случае, если гражданину выдается полис ОМС в форме пластиковой карты с электронным носителем.

16 Нужно подчеркнуть.

17 Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией «УГМК-Медицина» Вы можете по телефону контакт-центра 8 (343) 204-75-10.

18 Нужно подчеркнуть.