

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса <sup>1</sup>

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"/>		<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 <sup>2</sup> .

### 1. Сведения о застрахованном лице

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

<sup>1</sup> Исправления не допускаются.

<sup>2</sup> Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>3</sup> В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.18 не заполняются.

1.2. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

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

1.4. Отчество (при наличии)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
(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»; |

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<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
(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)

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

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<sup>1</sup>:

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) № дом(владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ лицо без определённого места жительства<sup>2</sup>

1.14. Адрес места пребывания<sup>3</sup> (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<sup>4</sup>:

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)

<sup>1</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>2</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>3</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

<sup>4</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

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<sup>1</sup>

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<sup>2</sup>

3.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>3</sup>.

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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

<sup>2</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>3</sup> В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного  
лица/его представителя)<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
(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 № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/  
его представителя<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Нужно подчеркнуть.