В

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

от

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

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса [[1]](#footnote-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 обязательного медицинского страхования; |  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования |  | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем (за исключением иностранных граждан); |

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]](#footnote-2). |

1. Сведения о застрахованном лице

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1. |  | Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации [[3]](#footnote-3) |

1.2. Фамилия

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[4]](#footnote-4))

1.3. Имя

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Отчество (при наличии)[[5]](#footnote-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]](#footnote-6)

.

(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[[7]](#footnote-7):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 определенного места жительства [[8]](#footnote-8) |

1.14. Адрес места пребывания [[9]](#footnote-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

(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 [[10]](#footnote-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 (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[[11]](#footnote-11)

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 в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица[[12]](#footnote-12)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1. |  | Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации [[13]](#footnote-13). |

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, 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. Дата выдачи

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.10. Контактный телефон: код |  | домашний |  | служебный |  |

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя[[14]](#footnote-14)) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: |  |
|  | (число, месяц, год) |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата: |  | М.П. |
|  | (число, месяц, год) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Выдано временное свидетельство № |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись застрахованного лица/ его представителя[[15]](#footnote-15)) |  | (расшифровка подписи) |

1. Исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Для лиц, указанных в пунктах 39 и 40 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-2)
3. В случае совпадения отметить знаком “V”. При выборе этого элемента пункты 1.2 – 1.18 не заполняются. [↑](#footnote-ref-3)
4. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#footnote-ref-4)
5. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-5)
6. Поле, обязательное для заполнения. [↑](#footnote-ref-6)
7. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного. [↑](#footnote-ref-7)
8. Отмечается знаком “V”. [↑](#footnote-ref-8)
9. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного. [↑](#footnote-ref-9)
10. Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-10)
11. Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе. [↑](#footnote-ref-11)
12. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-12)
13. В случае совпадения отметить знаком “V”. При выборе этого элемента пункты 3.2 – 3.10 не заполняются. [↑](#footnote-ref-13)
14. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-14)
15. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-15)