В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование филиала страховой медицинской организации)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса**

**При заполнении исправления не допускаются**

Прошу выдать мне / гражданину, представителем которого я являюсь **(нужное подчеркнуть**) в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации":

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования; |
|  | 2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования |

**Соответствующий пункт отметить знаком «V»**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
|  | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |

**Соответствующий пункт отметить знаком «V»**

 связи с:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 или непригодностью полиса; |
|  | 4) утратой ранее выданного полиса; |
|  | 5) окончанием срока действия полиса (только для беженцев, иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации)  |

**Соответствующий пункт отметить знаком «V»**

**1. Сведения о застрахованном лице**

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

**в случае совпадения отметить знаком «V», при выборе этого элемента пункты 1.2 -1.18 не** **заполняются**

1.2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.4. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность (до 14 лет-свидетельство о рождении), при отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе «отчество» ставиться прочерк**

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) 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». |

**Соответствующий пункт отметить знаком «V»!**

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)

**Поле обязательное для заполнения**

1.6. Пол: муж. жен. **Соответствующий пункт отметить знаком «V»!**

1.7. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.8. Место рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью

 в документе, удостоверяющем личность)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.10. Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.10.1. Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1.11. Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.12. Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

**указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного**

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) N дома (владения) \_\_\_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 лицо без определенного места жительства **(отмечается знаком «V»)**

1.14.Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства в РФ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного**

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.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (село, поселок и т.п.)

ж) N дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_\_

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

 **Заполняется только иностранными гражданами, временно проживающими в РФ, беженцами,**

 **лицами без гражданства!**

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)

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**

**указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе**

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ФИО 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**

**заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица**

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



**в случае совпадения отметить знаком «V», при выборе этого элемента пункты 3.2. – 3.10 заявления не заполняются**

3.2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.4. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность**

3.5.Отношение к застрахованному лицу, мать отец иное

 сведения о котором указаны в заявлении: **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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного, лица/его представителя) (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

 **(нужное подчеркнуть)**

Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись представителя СМО) (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись застрахованного лица/ его представителя Расшифровка подписи

 **(нужное подчеркнуть)**

 Регистрационный номер заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_