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 РФ» [[2]](#footnote-2):

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;  |
|  | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина; |
|  | 4) отказ от получения полиса. |

в связи с2:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 [[3]](#footnote-3). |

1. **Сведения о застрахованном лице**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  1.1. |  | Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) СМО[[4]](#footnote-4) |

* 1. Фамилия

 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[5]](#footnote-5))

* 1. Имя

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

* 1. Отчество (при наличии) [[6]](#footnote-6)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.5. Пол: муж.  |  | жен. |  | (нужное отметить знаком “V”) |

1.6. Дата рождения:

 (число, месяц, год)

1.7. Место рождения:

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

1.8. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) работающий гражданин РФ; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 3) работающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»; |
|  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 10) неработающее лицо, имеющее право на мед.помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»; |
|  | 11) временно пребывающий в РФ трудящийся иностранный гражданин государства – члена ЕАЭС; |
|  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее – Комиссия); |
|  | 13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории РФ. |

 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 лицом1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись застрахованного лица или его представителя)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.10. Серия |  |  1.11. Номер |  |

1.12. Когда и кем выдан

1.13. Гражданство:

 (название государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации2:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  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 жительства ( отмечается знаком «V»). |

1.15. Адрес места пребывания3 (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 |  |

1.16. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации4:

а) вид документа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| б) серия |  | в) номер |  |

г) кем и когда выдан

1.17. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание на территории Российской Федерации (для иностранных граждан и лиц без гражданства):

 по

 (число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.18.Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств членов ЕАЭС на ОМС

1.19. Трудовой договор иностранного гражданина государства – члена ЕАЭС:

а) серия\_\_\_\_\_\_\_ номер

б) дата подписания

в) срок действия с по

1.20. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории РФ:

а) серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер

б) дата выдачи

в) дата окончания срока действия

1. Поле обязательное для заполнения.

2. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

3. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

4. Для лиц, указанных в частях 3-7 пункта 14, п.16 Правил обязательного медицинского страхования.

1.21. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания:

а) 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 |  |

к) срок пребывания с по

1.22. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.23. Контактная информация:1.23.1. Телефон (с кодом): |  |  | домашний |  | служебный |  |

Адрес электронной почты

На получение СМС о готовности полиса и другой информации об ОМС согласен (**нужное отметить знаком “V”**):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| да |  | нет |  |  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись** |

**2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных**1

2.1. Фамилия

 (указывается в точном соответствии с записью в полисе)

* 1. 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**2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  3.1. |  | Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации3. |

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 (с кодом): | домашний |  | служебный |  |

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

 3.12. Постоянно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

 3.13. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного год, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 14 Правил.

 3.14. Временно проживающим на территории РФ 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.

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

2.Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

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

 3.15. Временно пребывающим в РФ трудящимся государств – членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС.

 3.16. Временно пребывающим в РФ 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. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.**

(подпись застрахованного лица/его представителя)1 (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)1 (расшифровка подписи)

1.Нужное подчеркнуть.

1. Исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Соответствующий пункт отметить знаком «V». [↑](#footnote-ref-2)
3. Для лиц, указанных в пунктах 38-42 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-3)
4. В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2-1.23 не заполняются. [↑](#footnote-ref-4)
5. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#footnote-ref-5)
6. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-6)