

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении¹

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»²:

1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования (ОМС);

2) дубликат полиса ОМС.

в связи с³:

1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения;

2) устранением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;

3) ветхостью и непригодностью полиса;

4) утратой ранее выданного полиса;

5) окончанием срока действия полиса⁴.

в:

1) форме бумажного бланка;

2) форме пластиковой карты с электронным носителем;

3) составе универсальной электронной карты гражданина.

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁵)

1.2. Имя _____

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

1.3. Отчество (при наличии)⁶ _____

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

1.4. Пол: Муж. Жен. (нужное отметить знаком «V»)

1.5. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

1.6. Место рождения _____

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

1.7. 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;

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются

² Нужно отметить знаком «V»

³ Нужно отметить знаком «V»

⁴ Для иностранных граждан и лиц без гражданства

⁵ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении

⁶ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк

- 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации;
- 9) неработающее лицо без гражданства;
- 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”;
- 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;
- 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);
- 13) должностное лицо Комиссии;
- 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации.

1.8. 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: _____

1.9. 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 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 определенного места жительства⁸

1.14. Адрес места пребывания⁹ (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 (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) срок пребывания с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹⁰:

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)

⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁸ Отмечается знаком «V»

⁹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹⁰ Для лиц, указанных в частях 3,5,6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

1.17. Трудовой договор, заключенный с трудящимся государства – члена ЕАЭС:

а) серия _____ б) номер _____ в) срок действия: с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.18. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:

а) серия _____ б) номер _____ в) срок действия: с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.19. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.20. Контактная информация:

1.20.1 Телефон (с кодом): _____ домашний _____ мобильный _____

1.20.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных¹¹

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹²)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии¹³) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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 документе, удостоверяющем личность)

Настоящим даю согласие на получение по указанному мной в настоящем заявлении телефонному номеру информационных SMS-сообщений, содержащих уведомления АО «СГ «Спасские ворота-М» о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса обязательного медицинского страхования. Подтверждаю, что информационные SMS-сообщения являются надлежащим уведомлением о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса обязательного медицинского страхования. О возможности и способе отказа от получения информационных SMS-сообщений извещен.

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 лицом¹⁴.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹⁵:

3.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

¹¹ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

¹² Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении

¹³ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк

¹⁴ Поле обязательное для заполнения.

¹⁵ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

3.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении (нужное отметить знаком «V»):

мать отец иное

3.5. 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:

3.6. Серия _____ 3.7. Номер _____ 3.8. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

3.9. Контактный телефон (с кодом): _____ домашний _____ мобильный _____

- 3.10. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия
- 3.11. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.
- 3.12. 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 9 Правил.
- 3.13. 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 пребывание.
- 3.14. 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 трудящимся государством – членом ЕАЭС.
- 3.15. 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 (нужное отметить знаком «V»).

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица или его представителя¹⁶)

(расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации)

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

М.П.

Дата: _____
(число, месяц, год)

(подпись застрахованного лица или его представителя¹⁷)

(расшифровка подписи)

¹⁶ Нужно подчеркнуть

¹⁷ Нужно подчеркнуть