

Приложение № 3
к Методическим указаниям ФОМС

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

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса 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;
			3) в составе универсальной электронной карты гражданина

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 .

1. Сведения о застрахованном лице

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

1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность ⁴)

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

1.4. Отчество (при наличии) ⁵ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

¹ Исправления не допускаются.

² Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

³ В случае совпадения отметить знаком “V”. При выборе этого элемента пункты 1.2 – 1.18 не заполняются.

⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

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 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:

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.) _____

⁶ Поле, обязательное для заполнения.

⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
 к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определенного места жительства ⁸

1.14. Адрес места пребывания 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:

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

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)

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.

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

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹²

3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹³.

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 _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

(подпись застрахованного лица/его представителя¹⁴) (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 представителя¹⁵) (расшифровка подписи)

¹² Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.
¹³ В случае совпадения отметить знаком “V”. При выборе этого элемента пункты 3.2 – 3.10 не заполняются.
¹⁴ Нужно подчеркнуть.
¹⁵ Нужно подчеркнуть.