

ОТ _____

(фамилия, имя, отчество застрахованного лица или его представителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса¹**

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

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования; | <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования. | <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
| | | <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина. |

в связи с:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства; |
| <input type="checkbox"/> | 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе; |
| <input type="checkbox"/> | 3) ветхостью и непригодностью полиса; |
| <input type="checkbox"/> | 4) утратой ранее выданного полиса; |
| <input type="checkbox"/> | 5) окончанием срока действия полиса ² . |

1. Сведения о застрахованном лице1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации⁴1.2. **Фамилия** _____(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁵)1.3. **Имя** _____

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

1.4. **Отчество (при наличии)⁶** _____

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

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»; |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | 12) Член Коллегии Евразийской экономической Комиссии (далее Комиссия) |
| <input type="checkbox"/> | 13) Должностное лицо Комиссии |
| <input type="checkbox"/> | 14) Сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации |

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 лицом⁷ _____

(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** _____1.10.1. **Серия** _____1.10.2. **Номер** _____1.11. **Дата выдачи** _____¹ Исправления не допускаются.² Соответствующий пункт отметить знаком «V».³ Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.18. не заполняются.⁵ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.⁶ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.⁷ Поле обязательное для заполнения.

1.12. Кем выдан _____
1.13. Гражданство _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁸:

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 жительства⁹
1.15. Адрес места пребывания¹⁰ (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 _____

1.16. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹¹:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) когда выдан _____

д) кем выдан _____

1.17. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.18. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС _____

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

1.20. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование _____

1.21. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____

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

1.23. Контактная информация:

1.23.1. Телефоны (с кодом): домашний _____ служебный _____
мобильный _____

1.23.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных¹²

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 лица¹³

3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹⁴

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)

⁸ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁹ Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства

¹⁰ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹¹ Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации.

¹² Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

¹³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2. -3.11. не заполняются.

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. Кем выдан _____

3.11. Контактная информация:

3.11.1. Телефоны (с кодом): домашний _____ служебный _____
мобильный _____

3.11.2. Адрес электронной почты _____

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

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

3.14. 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 обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158-н.

3.15. 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 проживание.

3.16. 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 с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

3.17. 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.

4. Согласие на обработку персональных данных

4.1 Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее-Закон), даю своё согласие ГК «Забайкалмедстрах» на обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных мною своих персональных данных, а также персональных данных предоставляемого мною лица, при осуществлении ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере ОМС; - на индивидуальное информирование и опрос, проводимый представителем ГК «Забайкалмедстрах» _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

5. Согласие на получение информационных сообщений в сфере обязательного медицинского страхования

5.1. Настоящим даю согласие на получение информационных сообщений, содержащих уведомления ГК «Забайкалмедстрах» О возможности и способе отказа от получения информационных сообщений извещён.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

6. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись представителя застрахованного лица или его представителя)

Дата:

(число, месяц, год)

(расшифровка подписи)

Заявление принял:

(подпись представителя СМО)

Выдано временное свидетельство № _____

(расшифровка подписи)

Дата:

(число, месяц, год)

М.П.

(подпись представителя застрахованного лица или его представителя)

(расшифровка подписи)