

от _____
(Ф.И.О. гражданина)

**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» (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Переоформленный полис обязательного медицинского страхования; |
| <input type="checkbox"/> | 2. Дубликат полиса обязательного медицинского страхования. |

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. В форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2. В форме пластиковой карты с электронным носителем; |
| <input type="checkbox"/> | 3. В составе универсальной электронной карты гражданина. |

в связи с (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--------------------------|--|
| <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 лице

(Указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность³)

1.1 Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации⁴

1.2. *Фамилия* _____

1.3. *Имя* _____

1.4. *Отчество (при наличии)*⁵ _____

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

<input type="checkbox"/>	1. работающий гражданин РФ	<input type="checkbox"/>	6. неработающий гражданин РФ
<input type="checkbox"/>	2. работающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин;	<input type="checkbox"/>	7. неработающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин;
<input type="checkbox"/>	3. работающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин;	<input type="checkbox"/>	8. неработающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин;
<input type="checkbox"/>	4. работающее лицо без гражданства;	<input type="checkbox"/>	9. неработающее лицо без гражданства;
<input type="checkbox"/>	5. работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»;	<input type="checkbox"/>	10. неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «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 лицом⁶

_____ (подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. *Пол (нужное отметить знаком "V")*: Муж Жен.

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* _____ 1.11 *Номер* _____ 1.12 *Дата выдачи* _____

1.13 *Гражданство (название государства, лицо без гражданства)* _____

¹ Исправления не допускаются.

² Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил ОМС.

³ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2-1.18 не заполняются

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

⁶ Поле обязательное для заполнения.

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации ¹:

лицо без определённого места жительства (отмечается знаком «V»)

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 _____

1.15. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства) ²:

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 РФ³:

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 (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с (число, месяц, год) _____ по (число, месяц, год) _____

1.18. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.19. Контактная информация:

1.19.1. Телефон (с кодом): домашний: _____ служебный _____

1.19.2 Адрес электронной почты: _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных⁴ (указываются в точном соответствии с записью в полисе):

2.1 Фамилия _____

2.2 Имя _____

2.3 Отчество _____

2.4 Пол (нужное отметить знаком "V"): Муж. Жен.

2.5 Дата рождения (число, месяц, год) _____

2.6. Место рождения _____

3 Сведения о представителе застрахованного лица⁵ (указываются в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность):

3.1 Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации⁶

3.2. Фамилия _____

3.3 Имя _____

3.4 Отчество (при наличии) _____

3.5 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором

указаны в заявлении (нужное отметить знаком "V")

мать

отец

иное

3.6 Вид документа, удостоверяющего личность _____

выдан _____

3.7 Серия _____

3.8 Номер _____

3.9 Дата выдачи _____

3.10 Контактный телефон (с кодом): домашний _____

служебный _____

4. Согласие на индивидуальное информационное сопровождение СМО.

Даю согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи меня / застрахованного лица, представителем которого я являюсь.

Подпись застрахованного лица/его представителя (нужное подчеркнуть) и её расшифровка

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

² Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

³ Для лиц, указанных в частях 3,5,6 и 7 пункта 9 Правил ОМС.

⁴ Указывается в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе

⁵ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

⁶ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2-3.10 не заполняются

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Разрешаю обработку предоставленных лично мной персональных данных с целью регистрации меня (гражданина, представителем которого я являюсь) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию в страховой медицинской организации ООО МСО «Панацея» и осуществления реализации моих прав в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством РФ. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием и без использования средств автоматизации, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу, извлечение, использование, блокирование, уничтожение персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме, если иное не установлено федеральным законом.

Подпись застрахованного лица/его представителя (нужное подчеркнуть) и её расшифровка

Заявление принял

Подпись представителя СМО (филиала) и её расшифровка

Выдано временное свидетельство № _____

Подпись застрахованного лица/его представителя (нужное подчеркнуть) и её расшифровка

Дата _____
(число, месяц, год)

Дата _____
(число, месяц, год)

М.П.