

ОТ _____
(Ф.И.О. гражданина)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса¹

Прошу выдать мне в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»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.

в связи с:

- 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 полиса³.

1. Сведения о застрахованном лице

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

1.2. **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: (нужно 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 иностранный гражданин;
- 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- 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 Комиссии)
- 13) Должностное лицо Комиссии
- 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

1.6. **Пол** муж. жен. (нужно 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 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.

1.10. Серия _____ 1.11. Номер _____

1.12. Дата выдачи _____

1.13. Кем выдан _____

1.14. Гражданство _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.15. 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

1.16. 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 _____

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

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) когда выдан _____

д) кем выдан _____

1.18. 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)

1.19 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС в т.ч. дата его подписания и срок действия _____

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

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

1.22 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____

1.23. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.24. Контактная информация:

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

1.24.2. 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. (нужно отметить знаком "V")

2.5. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

2.6. Место рождения _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

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.

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)

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. **Кем выдан** _____

3.10. **Дата выдачи** _____

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 14 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н.

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 государством - членом 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. N 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 N 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

5. Согласие на получение информации и взаимодействие при предоставлении информации

5.1. Настоящим даю согласие на получение информации от ГК «Забайкалмедстрах» и взаимодействие при предоставлении информации, на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи при личном обращении, посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной, почтовой связи и адресного обхода. О возможности и способе отказа от получения информационных сообщений извещён.

Подпись застрахованного лица

6. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица

Дата: _____

(число, месяц, год)

Расшифровка подписи

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.

Заявление принял: _____

Подпись представителя страховой медицинской организации

Расшифровка подписи

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____

(число, месяц, год)

М.П.

Подпись застрахованного лица

Расшифровка подписи