

ОТ \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса<sup>1</sup>

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

- 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 полиса<sup>3</sup>.

#### 1. Сведения о застрахованном лице

1.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>4</sup>

1.2. **Фамилия**

\_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>5</sup>)

1.3. **Имя**

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

1.4. **Отчество (при наличии)<sup>6</sup>**

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

1.5. **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 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 лицом<sup>7</sup>

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица (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)

<sup>1</sup> Исправления не допускаются.

<sup>2</sup> Соответствующий пункт отметить знаком «V».

<sup>3</sup> Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.

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

<sup>5</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>6</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>7</sup> Поле обязательное для заполнения.

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

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 Федерации<sup>8</sup>:

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 жительства<sup>9</sup>

1.16. Адрес места пребывания<sup>10</sup> (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 Федерации<sup>11</sup>:

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 данных<sup>12</sup>

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 \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>9</sup> Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства

<sup>10</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>11</sup> Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации.

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

(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

### 3. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>13</sup>

3.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>14</sup>

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 или его представителя

### 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 или его представителя

### 6. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица или его представителя

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

**Дата:**

\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

<sup>13</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>14</sup> 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 или его представителя

\_\_\_\_\_

Расшифровка подписи