

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса

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;
- 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 : (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;

1. Сведения о застрахованном лице

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

1.2. Фамилия

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

1.3. Имя

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

1.4. Отчество (при наличии)

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

1.5. Пол

муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

1.6. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком "V")

- Работаящий гражданин Российской Федерации;
- работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- работающее лицо без гражданства;
- работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах";
- неработающий гражданин Российской Федерации;
- неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- неработающее лицо без гражданства;
- 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 ФЗ 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.

_____ (подпись застрахованного лица или его представителя)

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

_____ (число, месяц, год)

1.13. Гражданство

_____ (название государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации

- а) почтовый индекс
б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населённый пункт _____
(село, посёлок 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 (Отмечается знаком "V")

1.15. Адрес места пребывания (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) населённый пункт _____
(село, посёлок 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 РФ

- а) вид документа _____
б) серия _____ в) номер _____
а) кем и когда выдан _____

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

с _____ по _____

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

1.19 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

- 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 документе, удостоверяющем личность)

3. Сведения о представителе застрахованного лица

- 3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации
3.2. Фамилия _____
3.3. Имя _____
3.4. Отчество (при наличии) _____
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. Контактный телефон _____

4. Согласие на обработку персональных данных

Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее - Закон), даю своё согласие АО "Страховая группа "Спасские ворота-М" 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.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Настоящим даю согласие на получение по указанному мной в настоящем заявлении телефонному номеру информационных SMS-сообщений, содержащих уведомления АО "Страховая группа "Спасские ворота-М" о сроках оформления, выдачи, отказе в выдаче полиса ОМС. Подтверждаю, что информационные SMS-сообщения являются надлежащим уведомлением о сроках оформления, выдачи, отказе в выдаче полиса ОМС. О возможности и способе отказа от получения информационных SMS-сообщений извещён.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

(расшифровка подписи)

Дата : _____
(число, месяц, год)

Заявление принял:

(подпись представителя страховой медицинской организации, филиала)

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство

(подпись застрахованного лица)

(расшифровка подписи)