

В

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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"/>	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 (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

1.1 Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации³

1.2 Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁴)

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

1.4 Отчество(при наличии)⁵ _____
(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»;

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 _____
(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 Серия _____ 1.10 Номер _____

1.11 Дата выдачи _____

1.12 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.13 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁶:

а)	почтовый индекс	<input type="text"/>
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 жительства⁷

1.14 Адрес места пребывания⁸ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а)	почтовый индекс	<input type="text"/>
б)	субъект Российской Федерации	_____ (республика, край, область, округ)

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

³ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.18. не заполняются.

⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

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

⁶ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁷ Отмечается знаком «V».

⁸ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

- 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 _____
- 1.15 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁹:
а) вид документа _____
б) серия _____ в) номер _____
г) кем и когда выдан _____
- 1.16 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):
с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)
- 1.17 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
(при наличии)
- 1.18 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 данных¹⁰

- 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)

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹¹

- 3.1 Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹².
- 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
(нужно отметить знаком "V")
- 3.6 Вид документа, удостоверяющего личность _____
- 3.7 Серия _____ 3.8 Номер _____
- 3.9 Дата выдачи _____
- 3.10 Контактный телефон: код _____ домашний _____ служебный _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

- _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)¹³ _____
(расшифровка подписи)
- Дата: _____
(число, месяц, год)
- Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) _____
(расшифровка подписи)
- Выдано временное свидетельство № _____
- Дата: _____ М.П. _____
(число, месяц, год) _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴ _____
(расшифровка подписи)

НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Ознакомлен(а) с тем, что временное свидетельство действительно 45 рабочих дней (срок оформления и выдачи полисов ОМС), обязуюсь получить полис ОМС в течение данного срока

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁵

(расшифровка подписи)

- Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение на всех этапах оказания медицинской помощи, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактными данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование).¹⁶
- Отказ от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер)

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁷

(расшифровка подписи)

⁹ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

¹⁰ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

¹¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹² В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.

¹³ Нужно подчеркнуть.

¹⁴ Нужно подчеркнуть.

¹⁵ Нужно подчеркнуть.

¹⁶ Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией ВТБ МС Вы можете на сайте www.vtbms.ru или по телефону контакт-центра 8-800-100-80-05

¹⁷ Нужно подчеркнуть.