

**В АО "ГМСК "Заполярье"**

(наименование страховой медицинской организации)

(Ф.И.О. гражданина)

## 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»:

- |                          |   |                          |   |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <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.   |

### 1. Сведения о застрахованном лице

1.1  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе страховой медицинской организации

1.2 Фамилия: \_\_\_\_\_

1.3 Имя: \_\_\_\_\_

1.4 Отчество: \_\_\_\_\_

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»;  |
| <input type="checkbox"/> | 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; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);   |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии  |
| <input type="checkbox"/> | 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

1.6 Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком «V»)

V  
(подпись застрахованного лица/его представителя)

1.7 Дата рождения: \_\_\_\_\_

1.8 Место рождения: \_\_\_\_\_

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

1.10 Серия: \_\_\_\_\_ 1.11 Номер: \_\_\_\_\_ 1.12 Дата выдачи: \_\_\_\_\_

1.13 Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс:       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определённого места жительства

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 \_\_\_\_\_  
в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ 'и) квартира \_\_\_\_\_

1.16 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:

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 (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.18 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_ (при наличии)

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 данных

2.1 Фамилия: \_\_\_\_\_ 2.2 Имя: \_\_\_\_\_ 2.3 Отчество: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (при наличии)

2.4 Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

2.5 Дата рождения: \_\_\_\_\_ 2.6 Место ождения: \_\_\_\_\_  
(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 страховой медицинской организации

3.2 Фамилия: \_\_\_\_\_ 3.3 Имя: \_\_\_\_\_ 3.4 Отчество: \_\_\_\_\_

3.5 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать  отец  иное

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

Дата \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (подпись застрахованного лица/его представителя) (расшифровка подписи)

## 5. Согласие на обработку биометрических персональных данных (цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи)

5.1 Даю согласие АО "ГМСК "Заполярье", расположенной по адресу: 629003 ЯНАО г.Салехард ул.Маяковского д.4, и ТФОМС Ямало-Ненецкого автономного округа, на обработку моих биометрических персональных данных (включая передачу их третьим лицам) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.

Подпись \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя) (расшифровка подписи)

5.2 Я / гражданин, представителем, которого я являюсь, \_\_\_\_\_  
даю согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи, предусмотренное главой XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 №108н.

V \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя) (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство №

Дата \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (подпись застрахованного лица/его представителя) (расшифровка подписи)

М. П.

## 6. Даю согласие на СМС-информирование о готовности полиса ОМС

Дата \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (подпись застрахованного лица/его представителя) (расшифровка подписи)

Заявление принял \_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой медицинской организации) (расшифровка подписи)