

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; 1) в форме бумажного бланка;
- 2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования;

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 _____

1.4 Отчество _____

1.5 Категория застрахованного лица: _____

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 <ВидДок> _____ 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

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 определенного места жительства

1.16 Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от

а) Почтовый индекс

б) Субъект Российской Федерации _____ (республика, край, область, округ)

в) Район _____ г) город _____

д) Населенный пункт _____) улица (проспект, переулок и т.п. _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.17 Сведения о документа, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации

а) Вид документа _____ б) Серия _____ в) Номер _____

г) Кем и когда выдан _____

1.18 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____ (число, месяц, год)

1.19 Реквизиты трудового договора трудящегося государства -члена ЕАЭС:

а)ИНН: _____ дата подписания _____ б)серия _____ номер _____

в)срок действия

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

а)Наименование _____ серия _____ номер _____

б)дата выдачи _____ - в)дата окончания действия _____

Я согласен получать информацию рекламного или информационного характера о продуктах и услугах компаний группы ИНГО в виде смс-сообщений и/или по адресу электронной почты, указанным мной в заявлении

(подпись застрахованного лица или его представителя)

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкеты 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 _____ (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 _____

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: код _____ домашний _____ служебный _____

4 **Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

Подпись застрахованного лица/его представителя

Расшифровка подписи

5 Я согласен получать информацию рекламного или информационного характера о продуктах и услугах компаний группы ИНГО в виде смс-сообщений указанным мной в заявлении/или по адресу электронной почты

(подпись застрахованного лица или его представителя)

5.1 О получении/об отказе в выдаче полиса/ прошу уведомить: по телефону по электронной почте
в письменной форме по адресу регистрации места жительства в письменной форме по адресу места пребывания

подпись застрахованного лица (представителя)

5.2 Я (мой представляемый) согласен(на) на индивидуальное сопровождение СМО на всех этапах медицинской помощи

подпись застрахованного лица (представителя)

Заявление принял:

(подпись представителя страховой медицинской организации)

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство №: _____

Дата: _____

(число, месяц, год)