

В _____ ООО «Арсенал медицинское страхование»
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса ¹

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

<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"/>		<input type="checkbox"/>	3) в составе универсальной электронной карты гражданина

в связи с²:

<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 ³ .

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации⁴

1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁵)

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

1.4. Отчество (при наличии) ⁶ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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

1.6. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.9. Серия _____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

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

¹ Исправления не допускаются.

² Соответствующий пункт отметить знаком «V».

³ Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.

⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.11. не заполняются.

⁵ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁶ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁷:

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 жительства⁸

1.14. Адрес места пребывания⁹ (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 (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹⁰:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

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

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): _____ домашний _____ служебный _____

1.17.2. Адрес электронной почты _____.

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных¹¹

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 с записью в полисе)

⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁸ Отмечается знаком «V».

⁹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

¹⁰ Для лиц, указанных в частях 3, 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.

¹¹ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹²

3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹³.

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 мать отец иное (нужное отметить знаком «V») в заявлении:

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)¹⁴ _____ (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) _____ (расшифровка подписи)

Дата: _____ М.П.
(число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство № _____

¹² Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹³ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.

¹⁴ Нужно подчеркнуть.