|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | (наименование страховой медицинской организации (филиала) /Территориального фонда ОМС) |
|  |  | От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| **ЗАПРОС** |
| **на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования** |
|  |
| Прошу предоставить выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования. |

1. **Сведения о застрахованном лице**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.1 | Фамилия |  |
|  |  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.2 | Имя |  |
|  |  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.3 | Отчество (при наличии) [[1]](#footnote-1) |  |
|  |  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.4 | Пол: | муж. |  | жен. |  | (нужное отметить знаком “V”) | 1.5 | Дата рождения: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | (число, месяц, год) |
| 1.6 | Место рождения: |  |
|  |  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.7 | Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1.8 | Серия |  | 1.9. Номер |  | 1.10 Дата выдачи |  |
|  |  | (число, месяц, год) |
| 1.11 | Кем выдан |  |  |
|  |  |
|  1.12 | Гражданство: |  |
|  |  | (название государства; лицо без гражданства) |
|  1.13 | Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  1.14 | Телефон (с кодом): |  | 1.15 | Адрес электронной почты: |  |
|  |
|  1.16 | Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: |  |
|  |  |
|  1.17 | Адрес места пребывания[[2]](#footnote-2):  |  |
|  |

1. **Сведения о представителе застрахованного лица[[3]](#footnote-3)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1 | Фамилия |  |
|  |  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 2.2 | Имя |  |
|  |  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 2.3 | Отчество (при наличии)  |  |
|  |  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 2.4 | Дата рождения: |  |  | 2.5 | Гражданство |  |
|  |  |  | (число, месяц, год) |  |  |  |
| 2.6 | Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.7 | Серия |  | 2.8 Номер |   | 2.9 Дата выдачи |  |
|  |  | (число, месяц, год) |
|  | Кем выдан: |  |
|  |  |
| 2.10 | Реквизиты доверенности: | № |  | Дата: |  | (число, месяц, год) |  |
|  |  |
|  2.11 | Телефон (с кодом): |  | 2.12 | Адрес электронной почты: |  |

1. **Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Дата: |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя)[[4]](#footnote-4) |  | (расшифровка подписи) |  |  | (число, месяц, год) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Данные подтверждены: |  |  |  |
|  | (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС) | (расшифровка подписи) |
|  |  | М.П. |

1. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-1)
2. Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства [↑](#footnote-ref-2)
3. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица [↑](#footnote-ref-3)
4. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-4)