|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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)