

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

(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

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 пребывания²:**2. Сведения о представителе застрахованного лица³**

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:

(число, месяц, год)

2.5 Гражданство:

(название государства; лицо без гражданства)

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:

2.11 Телефон (с кодом):

2.12 Адрес электронной почты

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю(подпись застрахованного лица/его представителя)⁴

(расшифровка подписи)

Дата:

(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.² Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства.³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.⁴ Нужно подчеркнуть.