

**ВЫПИСКА**  
**из единого регистра застрахованных лиц**  
**о полисе обязательного медицинского страхования**



**Информация о застрахованном лице**

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Пол (нужное отметить знаком “V”):      муж. ☐      жен. ☐

Гражданство: \_\_\_\_\_

Единый номер полиса ОМС: \_\_\_\_\_

Срок действия полиса ОМС (указываются):

- дата начала действия полиса ОМС \_\_\_\_\_;
- дата окончания действия полиса ОМС: \_\_\_\_\_.
- полис ОМС бессрочный.

**Информация о страховой медицинской организации**

Реестровый номер: \_\_\_\_\_

Наименование: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_

(территория страхования (наименование субъекта))