В ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Вх.№ _____ 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. ☐

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:

_____

1.9. Серия _____ Номер _____ № актовой записи[2] _____

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): домашний _____ служебный _____ мобильный _____

1.15. Адрес электронной почты _____

1.16. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐

б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____

(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

1.17. Адрес места пребывания[3]:

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 (ком.) _____

---

[1] При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

[2] Для детей до 14 лет.

[3] Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства

2. Сведения о представителе застрахованного лица[4]

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. Пол: муж. ☐ жен. ☐

2.5. Дата рождения __ __ . __ __ . __ __ __ __

2.6. Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

2.7. 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

_____

2.8. Серия _____ 2.9. Номер _____ 2.10. Дата выдачи _____

(число, месяц, год)

Кем выдан _____

2.11. Реквизиты доверенности:

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

(число, месяц, год)

2.13. Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____ мобильный _____

2.14. Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю:

√ _____ Дата: _____

Подпись застрахованного лица/его представителя[5] Расшифровка подписи (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)/Территориального фонда ОМС) (расшифровка подписи) М.П.

---

[4] Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

[5] Нужное подчеркнуть