

**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 ИВАНОВ1.2 Имя ИВАН1.3 Отчество (при наличии) ИВАНОВИЧ1.4 Пол  муж  жен (нужное отметить знаком "V")1.5. Дата рождения 01.01.20001.6 Место рождения НОВОСИБИРСК

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 ПАСПОРТ РФ

1.8. Серия 50 20 1.9 Номер 000000 1.10 Дата выдачи 01.01.20201.11 Кем выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ1.12 Гражданство Российская Федерация1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 000-000-000 00 (при наличии)1.14 Телефон (с кодом): (000)000-0000

1.15 Адрес электронной почты:

1.16. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: а) Почтовый индекс 633011б) Субъект Российской Федерации НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬв) Район ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫЙ г) Город НОВОСИБИРСК

д) Населенный пункт

е) Улица ЛЕНИНАж) Номер дома 1 з Корпус и) Квартира 1 к Дата регистрации 01.01.2000

1.17. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства): \_\_\_\_\_

**2. Сведения о представителе застрахованного лица**

2.1 Фамилия

2.2 Имя

2.3 Отчество

2.4 Дата рождения:

2.5 Гражданство:

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 :

2.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

2.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

2.11 Реквизиты доверенности: Номер \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

2.16 Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_

2.17 Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

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

Иванов  
ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(подпись застрахованного лица/его представителя)

(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_

01.01.2023  
(число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))

(расшифровка подписи)

М.П.