

Образец бумажного бланка полиса ОМС нового образца

Лицевая сторона

ПОЛИС обязательного
медицинского **страхования**

Чернодубровский
фамилия
Александр
имя
Владимирович
отчество (при наличии)
28.02.1964 г., М
дата рождения, пол

00000000000000000000

подпись застрахованного лица
28.02.2012 г.
срок действия*

* Не указывается для застрахованных лиц, постоянно проживающих в Российской Федерации

Оборотная сторона

1. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

2. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

3. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

4. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

5. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

6. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

7. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

8. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

9. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

10. «__» _____ 20__ г. _____
название страховой медицинской организации (филиала)
_____ / _____ / М.П.
ф.и.о. представителя страховой медицинской организации (филиала) / _____ / М.П.

00 00 0000195

Голос, ИПФ, Пермь, 2011, «В».