

В \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации

в связи с:

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

- 1) выбором страховой медицинской организации;
- 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
- 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства (за исключением случаев переезда на новое место жительства в пределах одного субъекта Российской Федерации);
- 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования:"

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

- 1) в форме бумажного бланка;
- 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
- 3) отказ от получения полиса

Номер полиса: \_\_\_\_\_

Отсутствует

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

### 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) \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

1.5. Категория застрахованного лица \_\_\_\_\_

1.6. Дата рождения: \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

1.9. Серия \_\_\_\_\_

1.9. Номер \_\_\_\_\_

1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.11. Гражданство: \_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс \_\_\_\_\_

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

в) район \_\_\_\_\_

г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_

и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определённого места жительства

1.13. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства:

а) почтовый индекс \_\_\_\_\_

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

в) район \_\_\_\_\_

г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:

а) вид документа \_\_\_\_\_

б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства) с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.17.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

1.18. Категория застрахованного \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица

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. Отношение к застрахованному лицу, мать  отец  иное  (нужное отметить знаком "V")  
сведения о котором указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_ 1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_

2.9. Контактный телефон: домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица/его представителя \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом

Подпись застрахованного лица/его представителя \_\_\_\_\_

Согласен на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи (для лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и граждан, признанных недееспособными, - согласие законного представителя застрахованного лица, а также согласие представителя застрахованного лица в случае подачи им заявления)

(подпись застрахованного лица или его представителя)

На получение СМС - сообщений о сроках оформления и выдачи полиса на принадлежащий мне номер телефона

\_\_\_\_\_ согласен/не согласен (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ подпись

Заявление принял:

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.