

В

от

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации¹

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

Наименование страховой медицинской организации

в связи с (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--|--|
| | 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; |
| | 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 от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис обязательного медицинского страхования (отметить знаком "V" при необходимости):

выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;

Номер полиса:²

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отсутствует³

(Наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию)

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен

--

(подпись застрахованного лица
или его представителя)

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

<p>1.1 Фамилия _____</p> <p>1.3 Отчество (при наличии) 2 _____</p> <p>1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):</p>	<p>(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)</p> <p>(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)</p> <p>1) работающий гражданин Российской Федерации; 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; 4) работающее лицо без гражданства; 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; 6) неработающий гражданин Российской Федерации; 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;</p>	<p>1.2 Имя _____</p> <p>1.4 Пол: муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/></p> <p>(нужное отметить знаком «V»)</p> <p>9) неработающее лицо без гражданства; 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС; 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); 13) должностное лицо Комиссии; 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.</p>
--	---	--

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 3

(подпись застрахованного лица или его представителя)

<p>1.6 Дата рождения: _____</p> <p>(число, месяц, год)</p>	<p>1.7 Место рождения: _____</p> <p>(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)</p>	
<p>1.8 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</p>		
<p>1.9 Серия _____</p> <p>Кем выдан _____</p>	<p>Номер _____</p>	<p>1.10 Дата выдачи _____</p>
<p>1.11 Гражданство: _____</p> <p>(название государства; лицо без гражданства)</p>		
<p>1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:⁴</p> <p>а) почтовый индекс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> б) субъект Российской Федерации <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">(республика, край, область, округ)</p>		

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)
к)	дата регистрации по месту жительства	и) квартира (ком.)
<input type="checkbox"/> лицо без определённого места жительства ⁵		
1.13	Адрес места пребывания ⁶ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):	
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 (владение)	з) корпус (строение)
1.14	Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации: ⁷	
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 (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16	Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия: № _____ дата подписания _____, с _____ по _____	
Наименование организации, город _____		
1.17	Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:	
а)	серия	б) номер
1.18	Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование: _____	

1.19	Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____		
	с _____ по _____		
1.20	Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии): _____		
1.21	Контактная информация:		
1.21.1	Телефон (с кодом): мобильный	домашний	служебный
1.21.2	Адрес электронной почты _____		
1.22	Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:		
	<input type="checkbox"/> SMS-информирование;	<input type="checkbox"/> Почтовая рассылка;	
	<input type="checkbox"/> Электронная почта;	<input type="checkbox"/> Телефонный обзвон;	
	<input type="checkbox"/> Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	<input type="checkbox"/> Иные способы информирования (указать): _____	

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁸

2.1	Фамилия	2.2	Имя	
2.3	Отчество (при наличии) _____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)			
2.4*	Пол:	муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/>	2.5* Дата рождения: _____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)	
2.6*	Гражданство: _____ (название государства; лицо без гражданства)			
2.7	Статус законного представителя застрахованного лица (нужно отметить знаком "V"):	<input type="checkbox"/> Мать	<input type="checkbox"/> Опекун	<input type="checkbox"/> Усыновитель
		<input type="checkbox"/> Отец	<input type="checkbox"/> Попечитель	
2.8	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 документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица: Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ (число, месяц, год)			
2.12*	Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии): _____			
2.13*	Полис обязательного медицинского страхования (при наличии): _____			
2.14*	Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: ⁹			
а)	почтовый индекс	б) субъект Российской Федерации	(республика, край, область, округ)	
в)	район	г) город		
д)	населенный пункт	е) улица		
ж)	№ дома (владения)	з) корпус (строение)	и) квартира (ком.)	
к)	дата регистрации по месту жительства			
<input type="checkbox"/> лицо без определённого места жительства ¹⁰				
2.15*	Адрес места пребывания ¹¹ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):			
а)	почтовый индекс	б) субъект Российской Федерации	(республика, край, область, округ)	
в)	район	г) город		
д)	населенный пункт	е) улица		
ж)	№ дома (владения)	з) корпус (строение)	и) квартира (ком.)	
2.16	Телефон (с кодом): мобильный	домашний	служебный	
2.17	Адрес электронной почты			

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Дата: _____
(число, месяц, год)

(подпись застрахованного лица/его представителя)³ _____ (расшифровка подписи)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) _____ (расшифровка подписи)

Согласен (согласна) на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (3) (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹²

(расшифровка подписи)

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Поле обязательное для заполнения.

⁴ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁵ Отмечается знаком "V".

⁶ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

⁷ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования.

⁸ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

⁹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹⁰ Отмечается знаком "V".

¹¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица

¹² Нужное подчеркнуть.

*Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования.