

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала),  
иной организации)  
ОТ \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

## **ЗАЯВЛЕНИЕ** **о выборе (замене) страховой медицинской организации <sup>1</sup>**

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»):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации;  |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;                                      |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;   |
| <input type="checkbox"/> | 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 (нужное отметить знаком «V»):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка;  |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем информации (за исключением иностранных граждан); |
| <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина   |
| <input type="checkbox"/> | 4) отказ от получения полиса.   |

Номер полиса <sup>2</sup>:  Отсутствует <sup>3</sup>

Наименование страховой медицинской организации (филиала), в которой лицо застраховано на дату подачи заявления <sup>4</sup> \_\_\_\_\_

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

<sup>1</sup> При заполнении заявления исправления не допускаются.

<sup>2</sup> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

<sup>3</sup> Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

<sup>4</sup> Заполняется при подаче заявления в иную организацию.

# 1. Сведения о застрахованном лице

- 1.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>5</sup>)
- 1.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.3. Отчество (при наличии)<sup>6</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком «V»)

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;  |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;  |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;   |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства;  |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;   |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;  |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;  |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;   |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;  |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».  |
| <input type="checkbox"/> | 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; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия);   |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии;   |
| <input type="checkbox"/> | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации.   |

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

<sup>5</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>6</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

лицом <sup>7</sup> \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)

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, 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 \_\_\_\_\_ 1.10. Номер \_\_\_\_\_

1.11. Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.12. Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <sup>8</sup>:

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 \_\_\_\_\_

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

лицо без определенного места жительства <sup>9</sup>

1.14. Адрес места проживания <sup>10</sup> (указывается в случае проживания 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 \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

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

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

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации <sup>11</sup>:

а) вид документа \_\_\_\_\_

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

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>8</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного лица.

<sup>9</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>10</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического проживания застрахованного лица.

<sup>11</sup> Для лиц, указанных в частях 3 - 7 пункта 14 и в пункте 16 Правил обязательного медицинского страхования.

1.16. 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)

1.17. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия

1.18. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации

1.19. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование

1.20. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания

1.21. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) <sup>12</sup>

Отсутствует по причине (нужное подчеркнуть): (являюсь гражданином Российской Федерации в возрасте до 14 лет, иностранным гражданином, лицом без гражданства)

1.22. Контактная информация:

1.22.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_  
мобильный \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.22.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

На получение сообщений о готовности полиса и другой информации об ОМС на принадлежащий мне номер телефона \_\_\_\_\_ согласен. \_\_\_\_\_

(подпись)

Согласен на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица <sup>13</sup>

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, сведения о котором указаны в заявлении: мать  отец  (нужное отметить знаком «V») иное <sup>14</sup> \_\_\_\_\_

<sup>12</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>13</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>14</sup> В соответствии с законодательством.

2.5. 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 \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_

2.8. Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

2.9. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_  
мобильный \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

2.10. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

2.11. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

2.12. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 14 Правил.

2.13. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

2.14. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств – членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС.

2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

### 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>15</sup> (расшифровка подписи)

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

Заявление принял:

\_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой  
медицинской организации (филиала)/  
иной организации) (расшифровка подписи)

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

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

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>15</sup>

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

<sup>15</sup> Нужно подчеркнуть.