

B

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

OT

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

## ЗАЯВЛЕНИЕ

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;                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               | и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с                                                         |
|                                                                                                                                                       | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |                                                                                                                                                                                                                               | Федеральным законом от 29 ноября 2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» при необходимости) : |
|                                                                                                                                                       | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;                                  | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> | <b>выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;</b>                                                                                        |
| 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования |                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                            |

[illegible]

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

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

\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лиц 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.

### УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

## 1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 1.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ 1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить знаком «V»)

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

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

|    |                                                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) | работающий гражданин Российской Федерации;                                                                                                                                    | 9)  | неработающее лицо без гражданства;                                                                                                                                                                                                               |
| 2) | работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                | 10) | неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;                                                                                                                                        |
| 3) | работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                 | 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; |
| 4) | работающее лицо без гражданства;                                                                                                                                              | 12) | член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее – Комиссия);                                                                                                                                                                             |
| 5) | работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. №4528-1 «О беженцах» (далее – Федеральный закон «О беженцах»; | 13) | должностное лицо Комиссии;                                                                                                                                                                                                                       |
| 6) | неработающий гражданин Российской Федерации;                                                                                                                                  | 14) | сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации;                                                                                                                                                                           |
| 7) | неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                              | 15) | Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;                                                                                                                                                          |
| 8) | неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                               | 16) | Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.                                                                                                                                                     |

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи

высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом<sup>3</sup>

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения \_\_\_\_\_ 1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (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 \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 1.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_

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

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>4</sup>:

а) почтовый индекс \_\_\_\_\_ б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
(село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)

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

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
☐ лицо без определённого места жительства<sup>5</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>6</sup> (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 другие) (проспект, переулок и другие)

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

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>7</sup>:

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:

☐ SMS-информирование;  
☐ Электронная почта;  
☐ Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);

☐ Почтовая рассылка;  
☐ Телефонный обзвон;  
☐ Иные способы информирования (указать): \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>8</sup>

2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 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\* Пол: муж. ☐ жен. ☐ 2.5\* Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6\* Гражданство: \_\_\_\_\_

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное 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 \_\_\_\_\_

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<sup>9</sup>:

а) почтовый индекс         б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
(село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)

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

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

☐ лицо без определенного места жительства <sup>10</sup>

2.15\* Адрес места пребывания<sup>11</sup> (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 другие) (проспект, переулок и другие)

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: \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица /его представителя)<sup>12</sup> (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

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

М.П.

☐ 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 сферы обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)<sup>3</sup> и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup>

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком "V".

<sup>6</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

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

<sup>8</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>9</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<sup>10</sup> Отмечается знаком "V".

<sup>11</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

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