В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала), иной организации)

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе (замене) страховой медицинской организации[1]

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 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования (нужное отметить знаком «V»):

	1) в форме бумажного бланка;
	2) в форме пластиковой карты с электронным носителем информации (за исключением иностранных граждан);
	3) в составе универсальной электронной карты гражданина
	4) отказ от получения полиса.

Номер полиса[2]: | | | | | | | | | | | | | | | | | Отсутствует[3] | |

Наименование страховой медицинской организации (филиала), в которой лицо застраховано на дату подачи заявления[4]
_____

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[5])

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

1.3 Отчество (при наличии) [6] _____
(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»):

	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;
	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;
	17) гражданин РФ, проживающий на территории Донецкой Народной Республики (ДНР);
	18) гражданин РФ, проживающий на территории Луганской Народной Республики (ЛНР).

[1] При заполнении заявления исправления не допускаются.
[2] Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.
[3] Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.
[4] Заполняется при подаче заявления в иную организацию.
[5] Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.
[6] При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

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[7] _____

(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 _____ 1.9. Номер _____

1.10 Кем и когда выдан: _____

1.11 Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации[8]:

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 определённого места жительства[9]

1.13 Адрес места пребывания[10] (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 _____

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации[11]:

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) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

д) с _____ по _____

(число, месяц, год) (число, месяц, год)

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 _____

_____

_____

[7] Поле обязательное для заполнения.

[8] Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

[9] Отмечается знаком «V».

[10] Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного лица

[11] Для лиц, указанных в частях 3 - 7 пункта 14 и в пункте 16 Правил обязательного медицинского страхования.

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) [12] _____

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

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): домашний _____

мобильный _____ служебный _____

1.21.2 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[13]

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 ☐ иное[14] ☐ (нужное отметить знаком “V”)

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 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)[15] (расшифровка подписи)

Дата: _____

(число, месяц, год)

Заявление принял: _____ _____

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

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____ М.П.

(число, месяц, год)

_____ _____

(подпись застрахованного лица/его представителя)[16] (расшифровка подписи)

---

[12] Поле обязательное для заполнения.

[13] Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

[14] В соответствии с законодательством

[15] Нужное подчеркнуть.

[16] Нужное подчеркнуть.