

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(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»):

<input type="checkbox"/>	1) выбором страховой медицинской организации;	<input type="checkbox"/>	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"/>	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"/>	1) в форме бумажного бланка;
<input type="checkbox"/>	4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования			<input type="checkbox"/>	2) отказ от получения полиса

Номер полиса²:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>

(подпись застрахованного лица или его представителя)

¹ При заполнении заявления исправления не допускается.

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.

**УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА
1. Сведения о застрахованном лице**

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹)

1.3 Отчество (при наличии)² _____ 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»):

<input type="checkbox"/>	1) работающий гражданин Российской Федерации;	<input type="checkbox"/>	9) неработающее лицо без гражданства;
<input type="checkbox"/>	2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<input type="checkbox"/>	10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
<input type="checkbox"/>	3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<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"/>	4) работающее лицо без гражданства;	<input type="checkbox"/>	12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее – Комиссия);
<input type="checkbox"/>	5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;	<input type="checkbox"/>	13) должностное лицо Комиссии;
<input type="checkbox"/>	6) неработающий гражданин Российской Федерации;	<input type="checkbox"/>	14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации;
<input type="checkbox"/>	7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<input type="checkbox"/>	15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
<input type="checkbox"/>	8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<input type="checkbox"/>	16) Гражданин РФ, 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 июля 2002 года N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным

к ним в организации оказания медицинской помощи лицом³

_____ (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 Федерации⁴:

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 ⁵

1.13 Адрес места пребывания⁶ (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 Федерации⁷:

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 государством - 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"/> Другие способы информирования (указать): _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁸

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 Федерации⁹:

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 жительства¹⁰

2.15* Адрес места пребывания¹¹ (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

(подпись застрахованного лица /его представителя)³ (расшифровка подписи) Дата: _____ (число, месяц, год)

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

М.П.

Согласен (на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)³ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹² (расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

(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 14 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 Нужно подчеркнуть.