

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе (замене) страховой медицинской организации**

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) отказ от получения полиса

Номер полиса: _____ Отсутствует

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен _____ (представителя)

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(вказывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3 Отчество (при наличии) _____ 1.4 Пол: муж. жен.
(вказывается в точном соответствии с записью в документе. (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 25.07.2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь _____ (полпись застрахованного лица или его)

1.6 Дата рождения: _____ 1.7 Место рождения: _____
(число, месяц, год) (вказывается 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

1.9 Серия _____ Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

1.11 Гражданство: _____
(название государства: либо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

- а) почтовый индекс _____ б) субъект Российской Федерации _____
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____ е) улица _____
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
- к) дата регистрации по месту жительства _____
- лицо без определённого места жительства

1.13 Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

- а) почтовый индекс _____ б) субъект Российской Федерации _____
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____ е) улица _____

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

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

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"/> Иные способы информирования (указать): _____ |

2. Сведения о представителе застрахованного лица

2.1 Фамилия _____ 2.2 Имя _____

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

2.3 Отчество (при наличии) _____

2.4 Пол: муж. жен. 2.5 Дата рождения: _____
(нужное отметить знаком "V")

2.6 Гражданство: _____ (название государства: лицо без гражданства)

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	<input type="checkbox"/> Представитель по доверенности

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

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:

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____

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

к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства

2.15 Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____

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

(подпись застрахованного лица/его)

(расшифровка подписи)

(число, месяц, год)

Данные подтверждены:

(подпись представителя страховой медицинской)

(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) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его)

(расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 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)

(расшифровка подписи)