

Приложение № 1  
к Методическим указаниям ФОМС  
от №

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))  
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 <sup>2</sup>:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <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 <sup>3</sup>:

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

Номер полиса <sup>4</sup>:

Отсутствует <sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Соответствующий пункт отметить знаком “V”.

<sup>3</sup> Соответствующий пункт отметить знаком “V”.

<sup>4</sup> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

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 <sup>2</sup>)

1.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии)<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

1.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

1.6. Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Вид документа, удостоверяющего личность <sup>4</sup> \_\_\_\_\_

1.8. Серия \_\_\_\_\_ 1.9. Номер \_\_\_\_\_

1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_

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

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <sup>5</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>6</sup>

1.13. Адрес места пребывания <sup>1</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

<sup>1</sup> Отмечается знаком "V", если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

<sup>2</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>3</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

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

<sup>5</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>6</sup> Отмечается знаком "V".

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 <sup>2</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 (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

(при наличии)

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.17.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_.

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица <sup>3</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  иное  (нужное отметить знаком "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>2</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5 и 7 пункта 7 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>3</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_  
служебный \_\_\_\_\_

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного  
лица/его представителя <sup>1</sup>)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

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

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя  
страховой медицинской  
организации (филиала))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

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

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

М.П.

<sup>1</sup> Нужно подчеркнуть.