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

_____

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 ☐

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

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен _____
(подпись застрахованного лица или его представителя)

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[1])

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):

☐ 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.
☐ 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
☐ 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.

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[3] _____
(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[4]:
а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐ б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
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 пребывания[6] (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 т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации[7]:
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;	☐	Почтовая рассылка;
☐	Электронная почта;	☐	Телефонный обзвон;
☐	Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	☐	Иные способы информирования (указать): _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица[8]

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: _____
(название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"): ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Усыновитель ☐ Отец ☐ Попечитель ☐ 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 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 _____ (число, месяц, год

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[9]:
а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐ б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
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[10]

2.15 Адрес места пребывания[11] (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 _____
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)[12] (расшифровка подписи) (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)[13] 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 № 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] Нужное подчеркнуть.