|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 "V"):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. в форме бумажного бланка |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2. отказ от получения полиса |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

  Номер полиса2: 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица или его представителя)**УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА** **1. Сведения о застрахованном лице**1.1 Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)1.2 Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)* 1. Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность (при отсутствии ставится прочерк))

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 * 1. Пол: **Муж.** **Жен.**  (нужное отметить знаком «V»)
 |
|  |
|  1.5  | Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V): |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 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; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |  |  13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 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 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 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 жительства5 |
| 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 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 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 государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия: |
|  | № |  | дата подписания |  | , c |  | 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):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **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: |  |
|  | (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 |  | (число, месяц, год) |
|  | 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 |  |
|  | 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  |  |
|  | ж) | № дома (владения) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира (ком.) |  |
| 2.16 | Телефон (с кодом): мобильный |  | домашний |  | служебный |  |
| 2.17 | Адрес электронной почты |  |

1. **Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | Дата: |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя)3 | (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)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 № 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)