**В**

от

(Ф.И.О. гражданина)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**о выборе (замене) страховой медицинской организации[[1]](#footnote-1)

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[[2]](#footnote-2):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) выбором страховой медицинской организации; |
|  | 2) заменой СМО в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |
|  | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |
|  | 4) заменой СМО в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении ОМС. |

и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (**нужное подчеркнуть**) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» полис обязательного медицинского страхования3:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
|  | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина; |
|  | 4) отказ от получения полиса. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса4: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует5 |  |

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

**1. Сведения о застрахованном лице**

* 1. Фамилия

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность6)

* 1. Имя

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

* 1. Отчество 7

(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. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком “V”)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) работающий гражданин РФ; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 3) работающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»; |
|  | 6) неработающий гражданин РФ; |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин; |
|  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»; |
|  | 11) временно пребывающий в РФ трудящийся иностранный гражданин государства – члена ЕАЭС; |
|  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее – Комиссия); |
|  | 13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории РФ. |

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 РФ» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом8 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.9. Серия |  | 1.10. Номер |  |

1.11. Когда и кем выдан

1.12. Гражданство:

(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации1:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 date\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | лицо без определённого места жительства2 |

1.14. Адрес места пребывания3 (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

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ж) № дома (владение) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира |  |

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации4:

а) вид документа

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| б) серия |  |  | в) номер |  |

г) кем и когда выдан

1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с по

(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.17.Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств членов ЕАЭС на ОМС

1.18. Трудовой договор иностранного гражданина государства – члена ЕАЭС:

а) серия\_\_\_\_\_\_\_ номер

б) дата подписания

в) срок действия с по

1.19. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории РФ:

а) серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер

б) дата выдачи

в) дата окончания срока действия

1.20. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания:

а) 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 (владение) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира |  |

к) срок пребывания спо

1.21. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.22. Контактная информация:  1.22.1. Телефон (с кодом): |  |  | домашний |  | служебный |  |
| 1.22.2. Адрес электронной почты | | | | | | | |

На получение смс-сообщения о готовности полиса и другой информации об ОМС согласен (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| да |  | нет |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись** |

Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

2 Отмечается знаком «V».

3 Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

4 Для лиц, указанных в частях 3-7 пункта 14, п.16 Правил ОМС.

**2. Сведения о представителе застрахованного лица1**

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 |  |

2.8. Дата выдачи

(число, месяц, год)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.9. Контактный телефон (с кодом): | домашний |  | служебный |  |

2.10. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

2.11. Постоянно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

2.12. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом «О беженцах», выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного год, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 14 Правил.

2.13. Временно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

2.14. Временно пребывающим в РФ трудящимся государств – членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС.

2.15. Временно пребывающим в РФ иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

**3. Индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией**

На индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица или его представителя)

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

Подпись застрахованного лица/ его представителя 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: |  |
| (число, месяц, год) |  |
| Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (подпись представителя страховой медицинской организации) | (расшифровка подписи) |

Выдано временное свидетельство №

Дата**:**  М.П.

(число, месяц, год)

Подпись застрахованного лица/ его представителя 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

1 Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

2.Нужное подчеркнуть.

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Соответствующий пункт отметить знаком «V».

   3 Соответствующий пункт отметить знаком «V».

   4 Заполняется с ранее полученного полиса ОМС единого образца.

   5 Отмечается знаком «V», если полис ОМС единого образца гражданину ранее не выдавался.

   6 Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

   7 При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

   8 Поле, обязательное для заполнения. [↑](#footnote-ref-2)