

В _____

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 ОМС.

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

Номер полиса²

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Отсутствует³

С условиями обязательного медицинского страхования

подпись застрахованного лица или его представителя

1. Сведения о застрахованном

1.1. Фамилия _____ 4
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____ 4
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии)⁵ _____ 4
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. жен. (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.

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 лицом⁶

1.6. Дата рождения: _____

1.7. Место рождения _____
(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: ⁷

- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, окrug)
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____ 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 ⁸

1.13. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства): ⁹

- а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, окrug)
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____ 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: 10

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____ г) дата выдачи _____

е) кем выдан _____

1.15. 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)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС:

а) наименование _____ б) дата заключения _____

работодателя _____ в) срок действия до _____

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 _____ в) дата выдачи _____

г) кем выдан _____

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

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.21. Контактная информация: 1.21.1. Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____

1.21.2. Адрес электронной почты (при наличии) _____

2. Сведения о представителе застрахованного

11

2.1 Фамилия _____ 2.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3 Отчество _____ 2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное
(при наличии) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.5. 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 _____

2.6 Серия _____ 2.7. Номер _____ 2.8. Дата выдачи _____

кем выдан _____

2.9. Контактный телефон: домашний _____ служебный _____

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

2.11. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации 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 года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил ОМС.

2.13. Временно проживающим на территории Российской Федерации 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 Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации 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. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица/его представителя 12 _____ Дата: _____
Расшифровка подписи (числ)

Заявление принял: _____
Подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство _____ Дата: _____ М.П.
(число, месяц, год)

Подпись застрахованного лица/его представителя 12 _____
Расшифровка подписи

1. При заполнении заявления исправления не допускаются.
2. Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.
3. Отмечается знаком "V", если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.
4. Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.
5. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.
6. Поле обязательное для заполнения.
7. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
8. Отмечается знаком "V".
9. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.
10. Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.
11. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.
12. Нужно подчеркнуть
13. Нужно подчеркнуть