

ОТ _____

(Ф.И.О. гражданина)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе (замене) страховой медицинской организации¹**

Прошу зарегистрировать меня в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах» в связи с²:

- | | |
|--------------------------|--|
| <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 в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования:

- | | |
|--------------------------|--|
| <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 полиса³

Отсутствует⁴

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен(а)

_____ Подпись застрахованного лица

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

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. **Фамилия**

_____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁵)

1.2. **Имя**

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

1.3. **Отчество (при наличии)⁶**

_____ (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»)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 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 |

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Соответствующий пункт отметить знаком «V».

³ Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца

⁴ Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

⁵ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁶ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

- 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 лицом⁷

_____ Подпись застрахованного лица

1.6. Дата рождения _____
(число, месяц, год)

1.7. Место рождения _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.9. Серия _____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

1.12. Кем выдан _____

1.13. Гражданство _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁸:

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 определённого места жительства⁹

1.15. Адрес места пребывания¹⁰ (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 (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.16. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹¹:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) когда выдан _____

д) кем выдан _____

1.17. 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)

1.18. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС, в т.ч. дата его подписания и срок действия _____

1.19. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации _____

1.20. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование _____

1.21. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____

1.22. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.23. Контактная информация: _____

1.24.1. Телефоны (с кодом): домашний _____ служебный _____

⁷ Поле обязательное для заполнения.

⁸ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁹ Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства

¹⁰ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

¹¹ Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации.

1.24.2. Адрес электронной почты _____ мобильный _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹²

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** _____

2.9. **Кем выдан** _____

2.10. **Контактная информация:**

2.10.1. **Телефоны (с кодом):** домашний _____ служебный _____
мобильный _____

2.10.2. **Адрес электронной почты** _____

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

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

2.13. 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 14 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н.

2.14. 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.

2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государством - членом ЕАЭС.

2.16. 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. Согласие на обработку персональных данных

3.1 Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ" О персональных данных" (далее-Закон), даю своё согласие ГК «Забайкалмедстрах» на обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных мною своих персональных данных, а также персональных данных предоставляемого мною лица, при осуществлении ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере ОМС; - на индивидуальное информирование и опрос, проводимый представителем ГК «Забайкалмедстрах».

Подпись застрахованного лица

4. Согласие на получение информации и взаимодействие при предоставлении информации

4.1. Настоящим даю согласие на получение информации от ГК «Забайкалмедстрах» и взаимодействие при предоставлении информации, на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи при личном обращении, посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной, почтовой связи и адресного обхода. О возможности и способе отказа от получения информационных сообщений извещён.

Подпись застрахованного лица

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица
Дата: _____
(число, месяц, год)

Расшифровка подписи

Заявление принял: _____
Подпись представителя страховой медицинской организации

Расшифровка подписи

¹² Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

Подпись застрахованного лица

Расшифровка подписи