В Государственное унитарное предприятие Забайкальского края «Государственная страховая медицинская компания «Забайкалмедстрах» (ГК «Забайкалмедстрах»)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 ГК «Забайкалмедстрах» в связи с[[2]](#footnote-2):

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 полиса[[3]](#footnote-3) |  | Отсутствует[[4]](#footnote-4) | **V** |
| Наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию) |  |
| 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[[5]](#footnote-5) |  |
|  | Подпись застрахованного лица (представителя) |
| С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен(а) |  |
|  | Подпись застрахованного лица (представителя) |

**1. Сведения о застрахованном лице**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1. **Фамилия** |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[6]](#footnote-6)) |
| 1.2. **Имя** |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.3. **Отчество (при наличии)**[[7]](#footnote-7) |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.4. **Пол** | муж. |  | жен. | **V** | **(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 |
| 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 Федерации**[[8]](#footnote-8): |
| 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 жительства[[9]](#footnote-9) |
| 1.15. **Адрес места пребывания**[[10]](#footnote-10) (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 Федерации**[[11]](#footnote-11)**:** |
| 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)** |  |
|  | (при наличии) |
| 1.23. **Контактная информация:** |
| 1.24.1. Телефоны (с кодом): | домашний |  | служебный |  |
|  | мобильный |  |
| 1.24.2. Адрес электронной почты |  |

**2. Сведения о представителе застрахованного лица**[[12]](#footnote-12)

|  |  |
| --- | --- |
| 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. **Когда выдан** |  |
| 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, утверждённых Приказом Минздрава России от 28.02.2019 №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 государства - члена 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. No 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 No326-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 (представителя)**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 (представителя)**5.** **Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю** |
|  |
|  |  |  |
| Подпись застрахованного лица (представителя) |  | 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 (представителя) |  | Расшифровка подписи |

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Соответствующий пункт отметить знаком «V». [↑](#footnote-ref-2)
3. Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца [↑](#footnote-ref-3)
4. Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался. [↑](#footnote-ref-4)
5. Поле обязательное для заполнения. [↑](#footnote-ref-5)
6. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#footnote-ref-6)
7. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-7)
8. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного. [↑](#footnote-ref-8)
9. Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства [↑](#footnote-ref-9)
10. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного [↑](#footnote-ref-10)
11. Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-11)
12. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица [↑](#footnote-ref-12)