|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В | **ФОРМА** |
|  | (наименование страховой медицинской организации (филиала)) |
|  | от |  |
|  |  (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
| **о выборе (замене) страховой медицинской организации[[1]](#endnote-1)** |
| Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО «СМК «Забайкалмедстрах» и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» при необходимости): |

|  |  |
| --- | --- |
|  | выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц |

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. |
| Номер полиса[[2]](#endnote-2) |  |
|  |  |
|  | отсутствует[[3]](#endnote-3) |  |  |
| 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 |  | 1.2 Имя |  |
| (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[4]](#endnote-4)) |
| 1.3 | Отчество (при наличии)[[5]](#endnote-5) |  | 1.4 Пол:  | муж. |  | жен. |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |  (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 от 19 февраля 1993 г. №4528-1 «О беженцах» (далее – Федеральный закон 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 временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим 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[[6]](#endnote-6) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись застрахованного лица/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 |  |
| 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]](#endnote-7): |
| 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 жительства[[8]](#endnote-8) |
| 1.13 | Адрес места пребывания[[9]](#endnote-9) (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 Федерации[[10]](#endnote-10):  |
| 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 (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, 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 1.20 | 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 | Мобильный телефон (с кодом): |  | 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 лица[[11]](#endnote-11)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | (число, месяц, год |
| 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 Федерации[[12]](#endnote-12): |
|  | 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 жительства[[13]](#endnote-13)  |
| 2.15\* | Адрес места пребывания[[14]](#endnote-14) (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 | Мобильный телефон (с кодом): |  | домашний |  | служебный |  |
| 2.17 | Адрес электронной почты |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Дата: |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя)[[15]](#endnote-15) | (расшифровка подписи) |  | (число, месяц, год) |
| Данные подтверждены: |  |  |  |
| (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  | М.П. |  |
|  | Согласен (согласна) на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя) [[16]](#endnote-16) | (расшифровка подписи) |

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#endnote-ref-1)
2. Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца. [↑](#endnote-ref-2)
3. Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца ранее гражданину не выдавался. [↑](#endnote-ref-3)
4. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#endnote-ref-4)
5. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#endnote-ref-5)
6. Поле обязательное для заполнения. [↑](#endnote-ref-6)
7. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного. [↑](#endnote-ref-7)
8. Отмечается знаком «V». [↑](#endnote-ref-8)
9. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного. [↑](#endnote-ref-9)
10. Для лиц, указанных в подпунктах 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#endnote-ref-10)
11. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица. [↑](#endnote-ref-11)
12. Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица. [↑](#endnote-ref-12)
13. Отмечается знаком «V». [↑](#endnote-ref-13)
14. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица. [↑](#endnote-ref-14)
15. Нужное подчеркнуть. [↑](#endnote-ref-15)
16. Нужное подчеркнуть.

\* Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#endnote-ref-16)