В

(наименование страховой медицинской организации (филиала),

иной организации)

от

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование 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 обязательного медицинского страхования. |

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 информации  (за исключением иностранных граждан); |
|  | 3) отказ от получения полиса. |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса [[2]](#footnote-2): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует [[3]](#footnote-3) |  |

Наименование страховой медицинской организации (филиала), в которой лицо застраховано на дату подачи заявления [[4]](#footnote-4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласен на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица или его представителя)

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен

(подпись застрахованного лица или его представителя)

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1. Фамилия

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[5]](#footnote-5))

1.2. Имя

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

1.3. Отчество (при наличии) [[6]](#footnote-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»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 лицом [[7]](#footnote-7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица/

его представителя)

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, 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 |  | 1.10. Номер |  |

1.11.  Кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.12. Гражданство:

(название государства; лицо без гражданства)

1.13. 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 определенного места жительства [[9]](#footnote-9) |

1.14. Адрес места проживания [[10]](#footnote-10) (указывается в случае проживания 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 Федерации [[11]](#footnote-11):

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 (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| с |  | по |  |
|  | (число, месяц, год) |  | (число, месяц, год) |

1.17. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия

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

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

1.20. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания

1.21. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) [[12]](#footnote-12)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отсутствует по причине (нужное подчеркнуть):

являюсь гражданином Российской Федерации в возрасте до 14 лет, иностранным гражданином, лицом без гражданства.

1.22. Контактная информация:

1.22.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.22.2. Адрес электронной почты

**2. Сведения о представителе застрахованного лица**[[13]](#footnote-13)

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 |  | (нужное отметить  знаком «V») | иное[[14]](#footnote-14) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |

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.  Кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.9. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 14 Правил.

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, но 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) [[15]](#footnote-15) (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление принял: |  |  |  |
|  | (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)/  иной организации) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |
| --- | --- |
| Выдано временное свидетельство № |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата: |  | М.П. |
|  | (число, месяц, год) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |
| (подпись застрахованного лица/его представителя) 15 | | |  | (расшифровка подписи) |

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