

В

(наименование страховой медицинской организации (филиала), иной организации)

ОТ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### о выборе (замене) страховой медицинской организации (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;    |
|  | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина; |
|  | 4) отказ от получения полиса.                            |

Номер полиса (2):  Отсутствует (3)

Наименование текущей страховой медицинской организации (при обращении в иную организацию) \_\_\_\_\_

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 4)

1.2. Имя \_\_\_\_\_

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

1.3. Отчество (при наличии) (5) \_\_\_\_\_

(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;
	13) должностное лицо Евразийской экономической 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 (6)

\_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица или 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 \_\_\_\_\_

1.9. Серия \_\_\_\_\_ 1.9. Номер \_\_\_\_\_

1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_

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, 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 (8)

1.13. Адрес места пребывания (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 \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ 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) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.15. 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)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключённого с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату подписания и срок действия:

№ договора \_\_\_\_\_

дата начала действия «\_\_»\_\_ 20\_\_ дата окончания «\_\_»\_\_ 20\_\_

1.17. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации: **вид документа** \_\_\_\_\_; **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 (см. п.1.5.)

1.19. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания:

адрес: \_\_\_\_\_

дата начала «\_\_»\_\_ 20\_\_ дата окончания «\_\_»\_\_ 20\_\_

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

\_\_\_\_\_ (при наличии)

1.21. Контактная информация:

1.21.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.21.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица (11)

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 \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

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

2.11. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдаётся 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», выдаётся бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

2.13. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдаётся бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока разрешения на временное проживание.

2.14. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств – членов ЕАЭС выдаётся бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключённого с трудящимся государством – членом ЕАЭС.

2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Евразийской экономической комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС выдаётся бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

3. Согласен на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи:

да  нет   
(нужное отметить знаком "V")

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя(12))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала), иной организации) (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя(13))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

<sup>1</sup> При заполнении заявления исправления не допускаются.

<sup>2</sup> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

<sup>3</sup> Отмечается знаком "V", если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

<sup>4</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>5</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>6</sup> Поле, обязательное для заполнения.

<sup>7</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>8</sup> Отмечается знаком "V".

<sup>9</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>10</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>11</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>13</sup> Нужно подчеркнуть.