

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
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

в связи с (нужное отметить знаком "V"):

☐	1) выбором страховой медицинской организации;	и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (отметить знаком "V" при необходимости):
☐	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.	
		☐ выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;

Номер полиса <2>:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Отсутствует <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)

<1> При заполнении заявления исправления не допускаются.
<2> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского

страхования единого образца.

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

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 <1>)
- 1.3 Отчество (при наличии) <2> _____ 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. N 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 Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	16) Гражданин Российской Федерации, 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 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской

помощи лицом <3>

(подпись застрахованного лица или 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, 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 _____ 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 <4>:

а) почтовый индекс

--	--	--	--	--	--

 б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)
ж) N дома (владения) __ з) корпус (строение) _ и) квартира (ком.) __
к) дата регистрации по месту жительства _____

--

 лицо без определенного места жительства <5>

1.13 Адрес места пребывания <6> (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 другие) (проспект, переулок и другие)
ж) N дома (владение) __ з) корпус (строение) _ и) квартира (ком.) __

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации <7>:

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, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:
 N _____ дата подписания _____, с _____ 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 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 Телефон (с кодом): мобильный _____ 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):

2. Сведения о представителе застрахованного лица <8>

- 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 | | |
- 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 _____
 Кем выдан _____
- 2.11 <*> Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:
 Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

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 <9>:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

в) район _____

г) город _____

д) населенный пункт _____

е) улица _____

ж) N дома (владения) ____ з) корпус (строение) ____ и) квартира (ком.) ____

к) дата регистрации по месту жительства _____

☐

лицо без определенного места жительства <10> _____

2.15 <*> Адрес места пребывания <11> (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) N дома (владения) ____ з) корпус (строение) ____ и) квартира (ком.) ____

2.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____

2.17 Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Дата: _____

(подпись застрахованного лица/его
представителя) <12>

(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 контактными данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) <3> и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного
лица/его представителя) <12>

(расшифровка подписи)

<1> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

<2> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<3> Поле обязательное для заполнения.

<4> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<5> Отмечается знаком "V".

<6> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<7> Для лиц, указанных в подпунктах 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования.

<8> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<9> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<10> Отмечается знаком "V".

<11> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

<12> Нужно подчеркнуть.

<*> Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования.