

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации¹

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужно подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО СМК "Урал-Рецепт М"

в связи с (нужно 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 ОМС.

и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужно подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис обязательного медицинского страхования (нужно отметить знаком "V"):

- 1) в форме бумажного бланка;
- 2) отказ от получения полиса

Номер полиса²: _____

Отсутствует³

(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 _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹)
- 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹)
- 1.3 Отчество (при наличии)² _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹)
- 1.4 Пол: муж: жен: (нужно отметить знаком "V")

1.5 Категория застрахованного лица (нужно 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;
- 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
- 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.

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 лицом³

(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 личность¹)

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 Федерации⁴:

а) почтовый индекс _____ б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(если, поселок и т.п.)

е) улица _____ ж) № дома (владения) _____
(проспект, переулок и т.п.)

з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

к) дата регистрации по месту жительства _____
 лицо без определенного места жительства⁵

1.13 Адрес места пребывания⁶ (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 _____ ж) № дома (владение) _____
(проспект, переулок и т.п.)

з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁷:

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

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

№ _____ 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:

<input type="checkbox"/>	SMS-информирование;	<input type="checkbox"/>	Почтовая рассылка;
<input type="checkbox"/>	Электронная почта;	<input type="checkbox"/>	Телефонный обзвон;
<input type="checkbox"/>	Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	<input type="checkbox"/>	Иные способы информирования (указать):

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁸

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* Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

2.5* Дата рождения: _____
(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 _____
(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 Федерации⁹:

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 _____ ж) № дома (владения) _____
(проспект, переулок и т.п.)

з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

к) дата регистрации по месту жительства _____
_____ лицо без определенного места жительства¹⁰

2.15* Адрес места пребывания¹¹ (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 _____ ж) № дома (владения) _____
(проспект, переулок и т.п.)

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

(подпись застрахованного лица/его представителя)³ _____ (расшифровка подписи) Дата: _____ (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____ (подпись представителя страховой медицинской организации (физлица)) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)¹³ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹² _____ (расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

(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 частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 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 34 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н.