

В ООО СМК "Урал-Рецепт М" , г. Екатеринбург, ул.Карла Либкнехта, д. 22, офис 302

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>1</sup>**

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

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

- |                          |                                                                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации;                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;   |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;                                    |
| <input type="checkbox"/> | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении ОМС. |

и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис обязательного медицинского страхования (отметить знаком "V" при необходимости):

- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2) отказ от получения полиса |

Номер полиса<sup>2</sup>:

Отсутствует<sup>3</sup> ☐

(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)

<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.

**УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1 Фамилия

\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.2 Имя

\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>2</sup>

\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

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

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

- |                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства;                                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | 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");                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;                                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | 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; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия);                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии;                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации;                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | 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 25.07.2002 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<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
(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, 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<sup>4</sup>:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации

\_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район

г) город

д) населенный пункт

\_\_\_\_\_  
(село, поселок и другие)

е) улица

ж) № дома (владения)

\_\_\_\_\_  
(проспект, переулок и другие)

з) корпус (строение)

и) квартира (ком.)

к) дата регистрации по месту жительства

лицо без определенного места жительства<sup>5</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>6</sup> (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 другие)

е) улица \_\_\_\_\_ ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_  
(проспект, переулок и другие)

з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

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

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 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 лица<sup>8</sup>

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 Федерации<sup>9</sup>:

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 определенного места жительства<sup>10</sup>

2.15\* Адрес места пребывания<sup>11</sup> (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 Телефон (с кодом):      | мобильный _____ | домашний _____                     | служебный _____ |
| 2.17 Адрес электронной почты | _____           |                                    |                 |

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

|                                                                |                                                                     |                       |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| _____                                                          | _____                                                               | Дата: _____           |
| (подпись застрахованного лица/его представителя) <sup>12</sup> | (расшифровка подписи)                                               | (число, месяц, год)   |
| Данные подтверждены:                                           | _____                                                               | _____                 |
|                                                                | (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) | (расшифровка подписи) |

М.П.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <div>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)<sup>3</sup> и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.</div> | _____                 |
| (подпись застрахованного лица/его представителя) <sup>12</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (расшифровка подписи) |

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

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

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком «V».

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

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

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

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

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

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

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

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