

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ**о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования**

Прошу переоформить мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) полис обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V») и выдать мне полис ОМС

☐ в форме выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;☐ в связи с (нужное отметить знаком «V»):☐ 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения;☐ 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;☐ 3) окончанием срока действия полиса¹.**1. Сведения о застрахованном лице****1.1** Фамилия _____(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность²)**1.2** Имя _____

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

1.3 Отчество (при наличии)³ _____

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

1.4 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;☐ 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 лицом⁴

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.5 Пол:муж. ☐жен. ☐

(нужное отметить знаком "V")

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 _____

Номер _____

1.10 Дата выдачи _____

Кем выдан _____

1.11 Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁵:

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 жительства⁶**1.13** Адрес места пребывания⁷ (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.) _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁸:

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 (временное проживание) 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:

№ _____ 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 застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных⁹

2.1 Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3 Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

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

2.5 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹⁰

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

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

3.3 Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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

3.5 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

3.6 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

3.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

☐	Мать	☐	Опекун	☐	Усыновитель
☐	Отец	☐	Попечитель	☐	По доверенности

3.8 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

3.9 Серия _____ Номер _____

3.10 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Кем выдан _____

3.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

3.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

3.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

3.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации¹¹:

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 жительства¹²

3.15 Адрес места пребывания¹³ (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.)

3.16 Телефон (с кодом):

мобильный

домашний

служебный

3.17 Адрес электронной почты

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Дата:

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴

(расшифровка подписи)

(число, месяц, год)

Данные подтверждены:

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))

(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)¹⁵ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴

(расшифровка подписи)

¹ Для лиц, указанных в пунктах 38-42 Правил обязательного медицинского страхования.
² Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.
³ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.
⁴ Поле обязательное для заполнения.
⁵ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
⁶ Отмечается знаком «V».
⁷ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.
⁸ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.
⁹ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.
¹⁰ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.
¹¹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.
¹² Отмечается знаком «V».
¹³ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.
¹⁴ Нужно подчеркнуть.