

**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 «МСК «ИНКО-МЕД» в связи с (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	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. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком V <b>при необходимости</b> ):
<input type="checkbox"/>	2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;	<input type="checkbox"/> Выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;
<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 обязательного медицинского страхования	

Номер полиса<sup>2</sup>:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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 _____	1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность <sup>1</sup> )	
1.3. Отчество (при наличии) <sup>2</sup> _____	1.4. Пол: муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/>
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем (нужное отметить знаком "V")	

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

<input type="checkbox"/> 1) работающий гражданин Российской Федерации;	<input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства;
<input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
<input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<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"/> 4) работающее лицо без гражданства;	<input type="checkbox"/> 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);
<input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;	<input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Комиссии;
<input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации;	<input type="checkbox"/> 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации.
<input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<input type="checkbox"/> 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
<input type="checkbox"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	<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 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<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)
--------------------------	--

а) почтовый индекс <input type="text"/>	б) субъект Российской Федерации <sup>4</sup> _____
д) населённый пункт _____	г) город _____
(село, посёлок и т.п.)	е) улица _____
ж) № дома (владения) _____	з) корпус (строение) _____
и) квартира (ком.) _____	
к) дата регистрации по месту жительства _____	
лицо без определённого места жительства	

1.13. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс <input type="text"/>	б) субъект Российской Федерации _____
в) район _____	г) город _____
е) улица _____	
ж) № дома (владения) _____	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)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключённого 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 : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 по средствам 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 \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_  
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6\* Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужно отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	Мать	<input type="checkbox"/>	Опекун	<input type="checkbox"/>	Усыновитель
<input type="checkbox"/>	Отец	<input type="checkbox"/>	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<sup>9</sup>:

а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ (республика, край, область, 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 определённого 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**

(подпись застрахованного лица/его \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(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 организации 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 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.

(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup>

(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 обязательно 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 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.