

**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"):

- |    |  |  |
|----|--|--|
| 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 <b>V</b> 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;  | Выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;   |
| 4) | заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования |  |

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)

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.

**УЧЕНТНЫЕ 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>) \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем

1.4. Пол: муж.  жен. 

(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 «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 РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;  |
| 8) | неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                         | 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.   |

Не являясь 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 являясь 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  б) субъект Российской Федерации<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
г) город \_\_\_\_\_д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, посёлок и т.п.)  
е) улица \_\_\_\_\_ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_  
з) корпус (строение) \_\_\_\_\_  
и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
лицо без определенного места жительства \_\_\_\_\_

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

а) почтовый индекс  б) субъект Российской Федерации<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
г) город \_\_\_\_\_в) район \_\_\_\_\_  
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 - членом 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:

SMS-информирование;

Электронная почта;

Информирование по средствам системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);

Почтовая рассыпка;

Телефонный обзвон;

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: \_\_\_\_\_

(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   
Отец

Опекун   
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,

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 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 подтверждают

(подпись застрахованного лица/его

(расшифровка подписи)

Дата:

(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 оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным в рамках законодательства сферы 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 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 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.