

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 полиса ¹.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность²)

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»):

- | | |
|---|---|
| <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 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

1.5 Пол: муж. жен. 1.6 Дата рождения: _____
(нужное отметить знаком "V") (подпись застрахованного лица или его представителя) (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 _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого 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 _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владение) _____ 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 государством – 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:

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 застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных⁹

- 2.1 Фамилия _____ 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. 2.5 Дата рождения _____
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹⁰

- 3.1 Фамилия _____ 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. 3.5 Дата рождения: _____
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)
- 3.6 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
- 3.7 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 | <input type="checkbox"/> | 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 определённого 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)

- 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)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 Печать 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 Указывается 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.

¹⁵ Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на _____.