

от _____
(фамилия, имя, отчество застрахованного лица или его представителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации¹

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в ГК «Забайкалмедстрах» 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 обязательного медицинского страхования. |

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

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
| <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина; |
| <input type="checkbox"/> | 4) отказ от получения полиса. |

Номер полиса²

Отсутствует³

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен (-а) _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁴)

1.2. Имя

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

1.3. Отчество (при наличии)⁵

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

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 «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) |

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.

⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

13) Должностное лицо Комиссии

14) Сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации

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 лицом⁶

(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

1.9. Серия

1.10. Номер

1.11. Дата выдачи

1.12. Кем выдан

1.13. Гражданство

_____ (название государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁷:

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 (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения)

з) корпус (строение)

и) квартира

к) дата регистрации по месту жительства

Лицо без определённого места жительства⁸

1.15. Адрес места пребывания⁹ (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 (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения)

з) корпус (строение)

и) квартира

1.16. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹⁰:

а) вид документа

б) серия

в) номер

г) когда выдан

д) кем выдан

1.17. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

С _____ по _____ (число, месяц, год) _____ (число, месяц, год)

1.18 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС

1.19 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации

1.20 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование

1.21 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания

1.22. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

_____ (при наличии)

1.23. Контактная информация:

1.23.1. Телефоны (с кодом):

домашний

мобильный

служебный

1.23.2. Адрес электронной почты

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹¹

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)

⁶ Поле обязательное для заполнения.

⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁸ Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства

⁹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

¹⁰ Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации.

¹¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:

отец

иное

(нужно отметить знаком "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность

2.6. Серия

2.7. Номер

2.8. Дата выдачи

2.9. Кем выдан

2.10. Контактная информация:

2.10.1. Телефоны (с кодом):

домашний
мобильный

служебный

2.10.2. Адрес электронной почты

2.11. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

2.12. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

2.13. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах", выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011г. №158-н.

2.14. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

2.16. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

3. Согласие на обработку персональных данных

3.1 Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее-Закон), даю своё согласие ГК «Забайкалмедстрах» на обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных мною своих персональных данных, а также персональных данных предоставляемого мною лица, при осуществлении ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере ОМС; - на индивидуальное информирование и опрос, проводимый представителем ГК «Забайкалмедстрах» _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

4. Согласие на получение информационных сообщений в сфере обязательного медицинского страхования

4.1. Настоящим даю согласие на получение информационных сообщений, содержащих уведомления ГК «Забайкалмедстрах»

О возможности и способе отказа от получения информационных сообщений извещён _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица или его представителя)

(расшифровка подписи)

Дата:

(число, месяц, год)

Заявление принял:

(подпись представителя страховой медицинской организации)

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

Дата:

(число, месяц, год)

М.П.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

(расшифровка подписи)