

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина (при наличии))

### 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 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 (гражданина, 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 полиса<sup>2</sup>Отсутствует<sup>3</sup>

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 личность<sup>4</sup>)

1.2. Имя

\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)1.3. Отчество (при наличии)<sup>5</sup>\_\_\_\_\_  
(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          |

<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.

<sup>4</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>5</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

- 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

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 лицом<sup>6</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 \_\_\_\_\_

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 Федерации<sup>7</sup>:

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 жительства<sup>8</sup>

1.15. Адрес места пребывания<sup>9</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 \_\_\_\_\_  
(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 Федерации<sup>10</sup>:

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 \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>7</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>8</sup> Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства

<sup>9</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

<sup>10</sup> Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации.

1.23.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
мобильный \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>11</sup>

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)

2.4. **Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:** мать  отец  иное  (нужное 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 \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_  
мобильный \_\_\_\_\_

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.

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 государством - членом 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 SMS-сообщений

4.1. Настоящим даю согласие на получение по указанному мной в настоящем заявлении телефонному номеру информационных SMS-сообщений, содержащих уведомления ГК «Забайкалмедстрах» о сроках оформления, выдачи, отказе в выдаче полиса ОМС. Подтверждаю, что информационные SMS-сообщения являются надлежащим уведомлением о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса ОМС. О возможности и способе отказа от получения информационных SMS-сообщений извещён.

<sup>11</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

4.1. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица или его представителя  
**Дата:** \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

**Заявление принял:** \_\_\_\_\_  
Подпись представителя страховой медицинской организации  
**Выдано временное свидетельство №** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

**Дата:** \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица или его представителя

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи