

Вх.№ _____

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))**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 страховой медицинской ООО «СК «АК БАРС -Мед»

В связи с *(нужное подчеркнуть 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) отказ от получения полиса |

Номер полиса²:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отсутствует³

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

√ _____ ()

(подпись застрахованного лица или его представителя)

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**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. **1.5. Категория застрахованного лица:**

- | | |
|--------------------------|---|
| <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 29.05.2014 (далее – договор о ЕАЭС), трудящийся гражданин государства – члена ЕАЭС; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> | 14) сотрудник органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 15) гражданин Российской Федерации, проживающий на территории Республика Абхазия; |
| <input type="checkbox"/> | 16) гражданин Российской Федерации, проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

Не являюсь (Гражданин, интересы которого я представляю, не является) высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от _____

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 выдавался⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», 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, 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 _____ № актовой записи⁷ _____

1.10. Кем и когда выдан _____
(число, месяц, год)

1.11. Гражданство _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁸:

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 жительства⁹

1.13. Адрес места пребывания¹⁰ (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 (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹¹:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

д) номер решения _____ е) дата принятия решения о выдаче _____

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) (число, месяц, год)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государств – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

номер договора _____ дата подписания _____

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

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 _____

⁶ Поле обязательное для заполнения.

⁷ Для детей до 14 лет.

⁸ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного

⁹ Отмечается знаком «V»

¹⁰ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹¹ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

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 в соответствии с пунктом 1.5. настоящего заявления.

1.19. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания в соответствии с пунктом 1.13 настоящего заявления

с _____ по _____

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

□ □ □ □	-	□ □ □ □	-	□ □ □ □	□ □
---------	---	---------	---	---------	-----

1.21. Контактная информация:

1.21.1. Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____ мобильный _____

1.21.2. Адрес электронной почты _____

1.22. Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

- SMS-информирование;
- Электронная почта;
- Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);
- Почтовая рассылка;
- Телефонный обзвон;
- Иные способы информирования (указать) _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹²

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. Пол: муж. жен.

2.5. Дата рождения

2.6. Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

2.7. Статус законного представителя застрахованного лица (нужное 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

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. Кем и когда выдан _____
(число, месяц, год)

2.11. Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

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 Федерации¹³:

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.) _____

¹² Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

¹³ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица

к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства¹⁴

2.15. Адрес места пребывания¹⁵ (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 (ком.) _____

2.16. Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____ мобильный _____

2.17. Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю:

√ _____ Дата: _____
Подпись застрахованного лица/его представителя³ 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 контактными 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)³ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

√ _____ ()

(подпись застрахованного лица или его представителя)¹⁶

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 или его представителя)

¹⁴ Отмечается знаком «V».

¹⁵ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

¹⁶ Нужно подчеркнуть