В ООО «СК «АК БАРС-Мед»

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вх.№ |  |  | от |  |
|  |  |  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о  страховой медицинской организации[[1]](#footnote-1)

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»*):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) выбором страховой медицинской организации; |
|  | 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; |
|  | 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»*):

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1) в форме бумажного бланка; |  |  |  |  |
|  |  | 2) отказ от получения полиса |  |  |  |  |
| Номер полиса[[2]](#footnote-2): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует[[3]](#footnote-3) |  |

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| √ |  | () |

(подпись застрахованного лица или его представителя)

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. Фамилия
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[4]](#footnote-4)) |
| * 1. Имя
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| * 1. Отчество (при наличии)[[5]](#footnote-5)
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.4. Пол: муж. |  |  жен. |  |  |

1.5. Категория застрахованного лица:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
|  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом«О беженцах»; |
|  | 11) временно пребывающий на территории Российский 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; |
|  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия); |
|  | 13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 14) сотрудник органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации; |
|  | 15) гражданин Российской Федерации, проживающий на территории Республика Абхазия; |
|  | 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 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации», военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом[[6]](#footnote-6)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| √ |  | () |
| (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 записи[[7]](#footnote-7) |  |  |
| 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 Федерации[[8]](#footnote-8):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 жительства[[9]](#footnote-9) |  |

1.13. Адрес места пребывания[[10]](#footnote-10) (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 Федерации[[11]](#footnote-11):

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

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 посредствам системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); |
|  | Почтовая рассылка; |
|  | Телефонный обзвон;Иные способы информирования (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

 |  |  |

2. Сведения о представителе застрахованного лица[[12]](#footnote-12)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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”): |  | Мать |  | Опекун |  | Усыновитель |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Отец |  | Попечитель |  | 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 Федерации[[13]](#footnote-13):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 жительства[[14]](#footnote-14) |  |

2.15. Адрес места пребывания[[15]](#footnote-15) (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 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)3 и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| √ |  | () |

(подпись застрахованного лица или его представителя)[[16]](#footnote-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) |
|  |

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца. [↑](#footnote-ref-2)
3. Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался [↑](#footnote-ref-3)
4. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#footnote-ref-4)
5. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-5)
6. Поле обязательное для заполнения. [↑](#footnote-ref-6)
7. Для детей до 14 лет. [↑](#footnote-ref-7)
8. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного [↑](#footnote-ref-8)
9. Отмечается знаком «V» [↑](#footnote-ref-9)
10. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного. [↑](#footnote-ref-10)
11. Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-11)
12. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица [↑](#footnote-ref-12)
13. Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица [↑](#footnote-ref-13)
14. Отмечается знаком «V». [↑](#footnote-ref-14)
15. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-15)
16. Нужное подчеркнуть [↑](#footnote-ref-16)