|  |  |
| --- | --- |
|  | В **« Наименование организации»**  от  ***Иванова Ивана Ивановича***  (Ф.И.О. гражданина) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе (замене) страховой медицинской организации**

**(при заполнении заявления исправления не допускаются)**

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем, которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации в «ХХХ» в связи с (нужное отметить знаком «V»):

|  |  |
| --- | --- |
| **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»):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **v** | 1) в форме бумажного бланка; | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | 4) отказ от получения полиса | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Номер полиса: | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует | | **v** | |

Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(подпись застрахованного лица или его представителя)

**1. Сведения о застрахованном лице**

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

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

Отчество (при наличии) ***Иванович***  (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.4. Пол: | муж. | **V** | жен. |  | (нужное отметить знаком “V”) |

1.5. Категория застрахованного лица: (нужное отметить знаком «V»)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| **V** | 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 аконом «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 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; |
|  | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения: ***01.01.1950***

(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: г. Зеленоград

(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 признаваемым в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина ***паспорт\_\_\_\_\_***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.9. Серия | ***36 00*** | 9. Номер | ***123453*** |

1.10. Дата выдачи ***01.01.2000***

1.11. Гражданство: ***РОССИЯ***

(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| а) почтовый индекс | **4** | **4** | **3** | **0** | **0** | **0** |

б) субъект Российской Федерации Московская

(республика, край, область, округ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| в) район | ***Октябрьский*** | г) город | ***Г. Зеленоград*** |

д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) ***Лесная***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ж) № дома (владения) ***1*** |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира | ***10*** |

к) дата регистрации по месту жительства  ***01.10.2005***

|  |  |
| --- | --- |
|  | лицо без определённого места жительства |

1.13. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| а) почтовый индекс | ***4*** | ***4*** | ***3*** | ***1*** | ***0*** | ***5*** |

б) субъект Российской Федерации  ***Московская***

(республика, край, область, округ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| в) район | ***Кировский*** | г) город | Зеленоград |

д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) ***Ставропольская***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ж) № дома (владение) | ***171*** | з) корпус (строение) |  | и) квартира | ***65*** |

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

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 (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 государства-члена ЕАЭС,включая дату его подписания и срок действия

1.17 Данные документа,подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии ,должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС,

находящихся на территории Российской Федерации

1.18 Категория застрахованного лица в соответсвии 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

* 1. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) ***137-279-424 84***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.21. Контактная информация:  1.21.1. Телефон (с кодом): ***(846)*** |  |  | домашний | ***269-40-10*** | служебный | ***332-49-98*** |  |
| 1.21..2. Адрес электронной почты ***ivanov@ХХХ.ru*** | | | | | | | |

**2. Сведения о представителе застрахованного лица**

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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.6. Серия |  | 2.7. Номер |  |

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | домашний\_\_\_\_\_\_ |  | служебный\_\_\_\_\_\_\_ |  |

2.10 Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

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

2.12 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.

2.13 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.

2.14 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.

2.15 Временно пребывающим в Российской Федерации иностранныи 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 исполения ими соответствующих полномочий.

***3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Иванов И.И.*** | |  |
| Подпись застрахованного лица/его представителя | Расшифровка подписи | |  |
| Дата: ***01.01.2012*** | |  | |
| (число, месяц, год) | |  | |
| Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) | | (расшифровка подписи) | |

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

(число, месяц, год)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Иванов И.И.***

Подпись застрахованного лица/ его представителя / Расшифровка подписи»