

OT

(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 организации АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в связи с (нужное 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 от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» при необходимости):

выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц

Номер полиса²:

Отсутствует³

(Наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию))

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен

(подпись застрахованного лица или его представителя)

¹При заполнении заявления исправления не допускаются.

³Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹⁾)

1.3 Отчество (при наличии)² _____ 1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить знаком «V»)

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

- | | |
|--|--|
| 1) работающий гражданин Российской Федерации; | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 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; |
| 4) работающее лицо без гражданства; | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее – Комиссия); |
| 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах» (далее – Федеральный закон «О беженцах»); | 13) должностное лицо Комиссии; |
| 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. |
| 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 15) Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
| 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 16) Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом³ _____
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: _____ 1.7 Место рождения: _____
(число, месяц, год) (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 _____	1.10	Дата выдачи _____
	Кем выдан _____			

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

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁴:

а) почтовый индекс

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

 б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____
 л) населенный пункт _____ е) улица _____

Д) населенный пункт _____ (село, поселок и другие)

ж) № дома (владения)	з) корпус (строение)	и) квартира (ком.)
----------------------	----------------------	--------------------

к) дата регистрации по месту жительства

□ лицо без определённого места жительства⁵

1.13 Адрес места пребывания⁶ (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

л) населенный пункт	г) город
м) сельское поселение	д) улица

Д) населенный пункт _____ Е) улица _____
(село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)

ж) № дома (владение) з) корпус (строение) и) квартира (ком.)

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁷:

а) вид документа

а) вид документа	
б) серия	в) номер

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:

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: _____

1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____ с _____ по _____

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

1.21 Контактная информация:
1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____
1.21.2 Адрес электронной почты _____

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

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

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁸

2.1 Фамилия _____ 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: _____
(нужное отметить знаком «V») (число, месяц, год)

2.6* Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком «V») ☐ Мать ☐ Опекун ☐ Усыновитель
☐ Отец ☐ Попечитель

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 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

2.11* Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:
Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

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 Федерации⁹:
а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
к) дата регистрации по месту жительства _____
☐ лицо без определенного места жительства¹⁰ _____

2.15* Адрес места пребывания¹¹ (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 _____ е) улица _____
ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

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

2.17 Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹² _____ Дата: _____
(расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) _____ (расшифровка подписи)

☐ М.П.
Согласен (согласна) на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактными данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)¹³ и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹² _____ (расшифровка подписи)

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Поле обязательное для заполнения.

⁴ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁵ Отмечается знаком «V».

⁶ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

⁷ Для лиц, указанных в подпунктах 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования.

⁸ Заполняется в случае оставления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

⁹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹⁰ Отмечается знаком «V».

¹¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица

¹² Нужно подчеркнуть.

¹³ Отказаться от информирования страховой компанией «СОГАЗ-Мед» Вы можете на сайте www.sogaz-med.ru в разделе «Порядок получения полиса ОМС» или по телефону контакт-центра 8-800-100-07-02.

¹⁴ Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования.