

Вх.№ \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования

Прошу переоформить мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) полис обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V») и выдать мне полис ОМС

в форме выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;

в связи с (нужное отметить «V»):

- 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения;
- 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
- 3) окончанием срока действия полиса<sup>1</sup>.

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1. Фамилия

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

1.2. Имя

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

1.3. Отчество (при наличии)

(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 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;
- 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 Республики 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<sup>2</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 \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ № актовой записи<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

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

1.11. Гражданство \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Для лиц, указанных в пунктах 38-42 Правил обязательного медицинского страхования

<sup>2</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>3</sup> Для детей до 14 лет.

(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>4</sup>:

- 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<sup>5</sup>

1.13. Адрес места пребывания<sup>6</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 (ком.) \_\_\_\_\_
- 1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>7</sup>:
- 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 (временное проживание) 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:

№ 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 посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);
- Почтовая рассылка;
- Телефонный обзвон;

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного

<sup>5</sup> Отмечается знаком «V»

<sup>6</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>7</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта Правил обязательного медицинского страхования.

Иные способы информирования (указать) \_\_\_\_\_

**2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных<sup>8</sup>:**

2.1. Фамилия

(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.2. Имя

(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3. Отчество (при наличии)

(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.4. Пол: муж.  жен.

2.5. Дата рождения

(число, месяц, год)

**3. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>9</sup>**

3.1. Фамилия

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

3.2. Имя

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

3.3. Отчество (при наличии)

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

3.4. Пол: муж.  жен.

3.5. Дата рождения

3.6. Гражданство: \_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

3.7. 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

3.8. 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

3.9. Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

3.10. Кем и когда выдан \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

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

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

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

3.13. Полис обязательного медицинского страхования (при наличии): \_\_\_\_\_

3.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>10</sup>: \_\_\_\_\_

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<sup>11</sup>

3.15. Адрес места пребывания<sup>12</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства): \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> Указывается в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

<sup>9</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

<sup>10</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица

<sup>11</sup> Отмечается знаком «V»

<sup>12</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

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.) \_\_\_\_\_

3.16. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_

3.17. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю:

√ \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(Подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>13</sup> Расшифровка подписи (число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_ М.П.  
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) (расшифровка подписи)

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) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

√ \_\_\_\_\_ ()

(подпись застрахованного лица или его представителя)

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)