

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 «МАКС-М»

Наименование страховой медицинской организации

в связи с (нужное отметить знаком «✓»):

- ☐
- 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 «✓» 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 / его представителя)

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

1.4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком «✓»)

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

- ☐
- 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 от 19 февраля 1993 г. №4528-1 «О беженцах» (далее Федеральный закон "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;
- ☐
- 15) Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
- ☐
- 16) Гражданин в 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 года № 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: (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 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
- д) населённый пункт (село, посёлок и т.п.)
- е) улица (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) 3) корпус (строение) и) квартира(ком)
- к) дата регистрации по месту жительства⁵
- ☐
- лицо без определённого места жительства

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
- д) населённый пункт (село, посёлок и т.п.)
- е) улица (проспект, переулок и т.п.)
- ж) № дома (владения) 3) корпус (строение) и) квартира(ком)

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

- 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)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:
№ _____ дата подписания _____ с _____ по _____
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 счёта (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;
☐ 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 лица⁸
2.1. Фамилия _____ 2.2.Имя _____
2.3. Отчество (при наличии) _____
2.4.* Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком «✓»)
2.5.* Дата рождения: _____ (число, месяц, год)
2.6.* Гражданство: _____ (название государства; лицо без гражданства)
2.7. Статус законного представителя застрахованного лица
(нужное отметить знаком «✓»):

☐ 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 счёта (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) населённый пункт _____ (село, посёлок и т.п.)
е) улица _____ (проспект, переулок и т.п.)
ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира(ком) _____
к) дата регистрации по месту жительства _____
☐ лицо без определённого 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) населённый пункт _____ (село, посёлок и т.п.)
е) улица _____ (проспект, переулок и т.п.)
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
✓ _____ Дата _____
(подпись застрахованного лица / его представителя)³ _____ 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 контактным данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (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 / 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 Полис обязательно 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 частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования.
8 Заполняется в случае составления 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.
* Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования