

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

ОТ \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

## ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>1</sup>

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем, которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

В С В Я З И С (Н У Ж Н О Е О Т М Е Т И Т Ь З Н А К О М "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) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
	3) в составе универсальной электронной карты гражданина
	4) отказ от получения полиса

Номер полиса <sup>2</sup> :	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td></tr> </table> </div> <div style="width: 5%; text-align: center;">Отсутствует<sup>3</sup></div> </div>																

<sup>1</sup> При заполнении заявления исправления не допускаются.

<sup>2</sup> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

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

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")

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

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;   |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                             |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                              |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства;   |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;    |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;   |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                           |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                            |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;   |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |

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<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

(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 \_\_\_\_\_ 1.9. Номер \_\_\_\_\_

1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.11. Гражданство: \_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>1</sup>:

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 \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

☐

лицо без определённого места жительства<sup>2</sup>

1.13. Адрес места пребывания<sup>3</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 (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>4</sup>:

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

<sup>1</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>2</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>3</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

<sup>4</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

\_\_\_\_\_ при наличии)

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.17.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_.

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>1</sup>

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, мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком "V")

сведения о котором

указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

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

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
Подпись  
застрахованного лица/его  
представителя<sup>2</sup>

Расшифровка подписи

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя  
страховой медицинской  
организации (филиала) (расшифровка подписи)

<sup>1</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

<sup>2</sup> Нужно подчеркнуть

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

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/ Расшифровка подписи»  
его представителя <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Нужно подчеркнуть.