

В ООО МСК "Медика-Восток"

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации ¹

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО МСК "Медика-Восток" 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 "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 ² : _____ отсутствует ³

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) ⁴

1.2 Имя _____

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

1.3 Отчество (при наличии) ⁵ _____

(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 checked="" 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 |
| <input type="checkbox"/> | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014г. (далее - договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств - членов ЕАЭС; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> | 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 ⁶

(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 _____

1.9. Номер _____

1.10. Дата выдачи _____

1.11. Гражданство: _____

(название государства, лицо без гражданства)

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Заполняется с ранее полученного полиса медицинского страхования единого образца.

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

⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁶ Поле обязательное для заполнения

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации : ¹ 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) 9 Б з корпус (строение) и) квартира 16 к) дата регистрации по месту жительства 18.03.2005
 лицо без определённого места жительства ²

1.13. Адрес места пребывания: ³ (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.) _____ (проспект, переулок и т.п.)
ж) № дома(владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации : ⁴
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 (временное проживание) 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
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 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
1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____ (при наличии)

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

2. Сведения о представителе застрахованного лица ⁵

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 _____ (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 _____
2.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ служебный _____ (число, месяц, год)

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 иностранным 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 исполнения ими соответствующих полномочий.

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю _____ /
Дата: _____ (число, месяц, год) _____
Инициалы застрахованного лица / его представителя ⁶ _____ Расшифровка подписи _____
Выдано временное свидетельство № _____
Заявление принял: _____ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) _____ Расшифровка подписи _____) Дата: _____ (число, месяц, год) _____ М П

Подпись застрахованного лица/его представителя _____ Расшифровка подписи _____

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
² Отмечается знаком "V".
³ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.
⁴ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.
⁵ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица
⁶ Нужно подчеркнуть