

от _____

(Ф.И.О. гражданина)

**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 ГК «Забайкалмедстрах» в связи с²:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |
| <input type="checkbox"/> | 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:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
| <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина; |
| <input type="checkbox"/> | 4) отказ от получения полиса. |

Номер полиса³

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

Отсутствует⁴

--

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен(а) _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. **Фамилия**

_____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁵)

1.2. **Имя**

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

1.3. **Отчество (при наличии)⁶**

_____ (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 лицом⁷

_____ (подпись застрахованного лица или его представителя)

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Соответствующий пункт отметить знаком «V».

³ Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца

⁴ Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

⁵ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

⁶ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁷ Поле обязательное для заполнения.

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 _____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

1.12. Кем выдан _____

1.13. Гражданство _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁸:

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 жительства⁹

1.15. Адрес места пребывания¹⁰ (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 _____

1.16. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹¹:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) когда выдан _____

д) кем выдан _____

1.17. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.18. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
(при наличии)

1.19. Контактная информация:

1.19.1. Телефоны (с кодом): домашний _____ служебный _____
мобильный _____

1.19.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹²

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, сведения о котором указаны в заявлении: мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____

2.9. Кем выдан _____

2.10. Контактная информация:

2.10.1. Телефоны (с кодом): домашний _____ служебный _____
мобильный _____

2.10.2. Адрес электронной почты _____

⁸ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁹ Отмечается знаком «V», если нет постоянной регистрации по месту жительства

¹⁰ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

¹¹ Для беженцев и лиц без гражданства, проживающих на территории Российской Федерации.

¹² Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица или его представителя)
Дата: _____
(число, месяц, год)

Расшифровка подписи

Заявление принял: _____
Подпись представителя страховой медицинской организации

Расшифровка подписи

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

Расшифровка подписи