

В Государственное унитарное предприятие Забайкальского края
«Государственная страховая медицинская компания
«Забайкалмедстраж» (ГК «Забайкалмедстраж»)

OT

(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 «Забайкалмединдрах» в связи с²:

- 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:

- 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 полиса³

Отсутствует⁴

1

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)

12 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

Next Item (1)

1.5. Категория застрахованного лица: (нужно отметить знаком "V")

- 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»;

Не являясь 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 являясь 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.

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)

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

Выдано временное свидетельство №

Расшифровка подписи

Дата:

(число, месяц, год)

М.П.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

Расшифровка подписи