

В **АО «СГ «Спасские ворота-М» филиал Владивостокский»**

(наименование страховой медицинской организации)

От _____

(Ф.И.О. гражданина или его представителя)

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 «СГ «Спасские ворота-М» филиал Владивостокский»**

(наименование страховой медицинской организации)

в СВЯЗИ С (нужное отметить знаком «V»):

- 1) выбором СМО (страховой медицинской организации);
- 2) заменой СМО в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
- 3) заменой СМО в связи со сменой места жительства;
- 4) заменой СМО в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

и выдать мне (гражданина, 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 полиса²:

Отсутствует³:

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 личность⁴)

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. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

1.6. Место рождения _____

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

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 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

1.7. Категория застрахованного лица (нужное 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;
- 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации;
- 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.

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 _____ 1.10. Номер _____ 1.11. Дата выдачи _____

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

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁶:

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 определенного места жительства⁷

1.14. Адрес места пребывания⁸ (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 _____

к) срок пребывания с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

⁶ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁷ Отмечается знаком «V»

⁸ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁹:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.16. 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) (число, месяц, год)

1.17. Трудовой договор, заключенный с трудящимся государства – члена ЕАЭС:

а) серия _____ б) номер _____ в) срок действия: с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.18. 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 _____ в) срок действия: с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.19. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.20. Контактная информация:

1.20.1 Телефон (с кодом): _____ домашний _____ мобильный _____

1.20.2 Адрес электронной почты _____

Настоящим даю согласие на получение по указанному мной в настоящем заявлении телефонному номеру информационных SMS-сообщений, содержащих уведомления АО «СГ «Спасские ворота-М» о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса обязательного медицинского страхования. Подтверждаю, что информационные SMS-сообщения являются надлежащим уведомлением о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса обязательного медицинского страхования. О возможности и способе отказа от получения информационных SMS-сообщений извещен.

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 лицом¹⁰.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹¹:

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 (нужное отметить знаком «V»):

мать отец иное

⁹ Для лиц, указанных в частях 3,5,6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

¹⁰ Поле обязательное для заполнения.

¹¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

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 _____

(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон (с кодом): _____ домашний _____ мобильный _____

- 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 пребывание.
- 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 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 (нужное отметить знаком «V»).

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ (подпись застрахованного лица или его представителя¹²)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

3.1¹³ Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

_____ (подпись застрахованного лица или его представителя¹⁴)

_____ (расшифровка подписи)

¹² Нужно подчеркнуть

¹³ Проставляется прочерк в случае, если временное свидетельство не выдается

¹⁴ Нужно подчеркнуть