

В АО "ГМСК "Заполярье" \_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

От \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

### ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации

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

АО "ГМСК "Заполярье"

(наименование страховой медицинской организации)

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) отказ от получения полиса

Номер полиса:

Отсутствует

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен \_\_\_\_\_

### УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА 1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_

1.2 Имя \_\_\_\_\_

1.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

(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»):

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»;

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.

15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;

16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 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

1.6 Дата рождения: \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_

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

(подпись застрахованного лица или его представителя)

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

Паспорт гражданина России

1.9 Серия \_\_\_\_\_

Номер \_\_\_\_\_

1.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

1.11 Гражданство: \_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс \_\_\_\_\_

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

в) район \_\_\_\_\_

г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_

е) улица \_\_\_\_\_

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

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

лицо без определённого места жительства

1.13 Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс  б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:

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 территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

№ \_\_\_\_\_ дата подписания \_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Наименование организации, город \_\_\_\_\_

1.17 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.21.2 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

SMS-информирование;  Почтовая рассылка;  
 Электронная почта;  Телефонный обзвон;  
 Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);  Иные способы информирования (указать): \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица

2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 2.2 Имя \_\_\_\_\_

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

2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2.4 Пол: муж.  жен.  2.5 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6 Гражданство: \_\_\_\_\_ (название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужно отметить знаком "V"):  Мать  Опекун  Усыновитель

Отец  Попечитель  Представитель по доверенности

2.8 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 \_\_\_\_\_

2.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 2.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

2.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.22 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

1.23 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_

1.24 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: \_\_\_\_\_

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации

\_\_\_\_\_ (расшифровка этой области не требуется)

в) район

\_\_\_\_\_

г) город

\_\_\_\_\_

д) населенный пункт

\_\_\_\_\_

е) улица

\_\_\_\_\_

ж) № дома (владения)

\_\_\_\_\_

з) корпус (строение)

\_\_\_\_\_

и) квартира (ком.)

\_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства

\_\_\_\_\_

лицо без определённого места жительства

2.15 Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации

\_\_\_\_\_

в) район

\_\_\_\_\_

г) город

\_\_\_\_\_

д) населенный пункт

\_\_\_\_\_

е) улица

\_\_\_\_\_

ж) № дома (владения)

\_\_\_\_\_

з) корпус (строение)

\_\_\_\_\_

и) квартира (ком.)

\_\_\_\_\_

2.16 Телефон (с кодом): мобильный

\_\_\_\_\_

домашний

\_\_\_\_\_

служебный

\_\_\_\_\_

2.17 Адрес электронной почты

\_\_\_\_\_

### 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

✓ \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Данные подтверждены:

\_\_\_\_\_ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))

М.П.

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

✓ \_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица/его представителя) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

✓ \_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица/его представителя) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)