В АО "ГМСК "Заполярье"

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

От _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V»):

☐ 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования; ☐ в форме выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;

в связи с (нужное отметить знаком «V»):

☐ 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения;

☐ 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;

☐ 3) окончанием срока действия полиса

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____

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

1.3 Отчество (при наличии) _____

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

1.4 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 _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.5 Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком “V”) 1.6 Дата рождения: 0 (число, месяц, год)

1.7 Место рождения: _____

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

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____ Код подразделения _____

1.9 Серия _____ Номер _____ 1.10 Дата выдачи 0

Кем выдан _____

1.11 Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс 0 ☐☐☐☐☐ б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

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 0 ☐☐☐☐☐ б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

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

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

№ _____ дата подписания 0, с _____ по 0

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 0

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; ☐ Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);

☐ Электронная почта; ☐ Телефонный обзвон; ☐ Иные способы информирования (указать): _____

2.Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных

2.1 Фамилия _____ 2.2 Имя _____ 2.3 Отчество (при наличии) _____

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

2.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 2.5 Дата рождения: _____

(число, месяц, год)

3. Сведения о представителе застрахованного лица

3.1 Фамилия _____ 3.2 Имя _____ 3.3 Отчество (при наличии) _____

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

3.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 3.5 Дата рождения: _____

(нужное отметить знаком “V”) (число, месяц, год)

3.6 Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

3.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком “V”): ☐ Мать ☐ Отец ☐ Опекун ☐ Попечитель ☐ Усыновитель ☐ По доверености

3.8 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 _____

3.9 Серия _____ Номер _____ 3.10 Дата выдачи _____

Кем выдан _____

3.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____

3.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

3.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

3.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐ б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

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

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

а) почтовый индекс ☐☐☐☐☐☐ б) субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____

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

3.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____

3.17 Адрес электронной почты _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

/ / дата

_____ _____ _____

(подпись застрахованного лица/его представителя) (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____ Шишкина Евгения Христофоровна

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) (расшифровка подписи)

М.П.

☐ 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)