

**«Приложение № 6
к Правилам обязательного медицинского
страхования, утвержденным приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 28 февраля 2019 г. № 108н**

Форма

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Наименование страховой медицинской организации

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) выбором страховой медицинской организации; | 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»): |
| <input type="checkbox"/> 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; | <input type="checkbox"/> 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; | <input type="checkbox"/> 2) отказ от получения полиса |
| <input type="checkbox"/> 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. | |

Номер полиса²: _____

Отсутствует³

(Наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в новую организацию))

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен

(подпись застрахованного лица или его представителя)

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 гражданину ранее не выдавался.

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) | |
| 1.3 Отчество (при наличии) ² _____ | 1.4 Пол: муж. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/> |
| (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) | |
| 1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»): | |
| <input type="checkbox"/> 1) работающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 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; |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства; | <input type="checkbox"/> 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; | <input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
| <input type="checkbox"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

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 лицом³

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: _____ 1.7 Место рождения: _____
(число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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 _____ Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

1.11 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁴:
а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____ (республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)
ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства⁵
1.13 Адрес места пребывания⁶ (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 _____
(село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)
ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁷:
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 государством – членом 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 лица⁸

2.1 Фамилия _____ 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* Пол: муж. жен. 2.5* Дата рождения: _____
(нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6* Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

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

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 _____

2.12* Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

2.13* Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

2.14* Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁹:
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 жительства¹⁰

2.15* Адрес места пребывания¹¹ (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.) _____
2.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____
2.17 Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ Дата: _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)³ _____ (расшифровка подписи) _____ (число, месяц, год)
Данные подтверждены: _____
(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)³ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

_____ (подпись застрахованного лица/его представителя)¹² _____ (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)¹² _____ (расшифровка подписи)

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Поле обязательное для заполнения.

⁴ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁵ Отмечается знаком «V».

⁶ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

⁷ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

⁸ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

⁹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹⁰ Отмечается знаком «V».

¹¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

¹² Нужно подчеркнуть.