В ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

Образец для граждан старше 18 лет

(наименование страховой медицинской организации (филиала), иной организации)

от Иванова Ивана Ивановича

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе (замене) страховой медицинской организации [[1]](#footnote-1)

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

(наименование страховой медицинской организации)

в связи с (нужное отметить знаком “V”):

Выбрать

только

один пункт

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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”):

Выбрать

только

один пункт

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 полиса [[2]](#footnote-2): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует [[3]](#footnote-3) |  |

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Не заполнять

Подпись .

Обязательно заполнить

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия Иванов

(указывается в точном соответствии с записью в документе,  
удостоверяющем личность[[4]](#footnote-4))

1.2. Имя Иван

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

1.3. Отчество (при наличии)[[5]](#footnote-5) Иванович

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.4. Пол: муж. | V | жен. |  | (нужное отметить знаком “V”) |

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком “V”):

Выбрать

только

один пункт

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. |

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 лицом [[6]](#footnote-6)

Обязательно заполнить

Подпись .

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения: 01.01.1960

(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: Город

(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 паспорт РФ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.9. Серия | 1122 | 1.9. Номер | 333444 |

1.10. Дата выдачи 01.01.2005

1.11. Гражданство: РФ

(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации [[7]](#footnote-7):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| а) почтовый индекс |  |  |  |  |  |  |

б) субъект Российской Федерации Область

(республика, край, область, округ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| в) район |  | г) город | Город |

д) населенный пункт

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) Улица

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ж) № дома (владения) | 1 | з) корпус (строение) | 1 | и) квартира | 1 |

к) дата регистрации по месту жительства 01.01.1960

|  |  |
| --- | --- |
|  | лицо без определенного места жительства [[8]](#footnote-8)  П.1.13 заполняется при различии прописки и адреса фактического проживания |

1.13. Адрес места пребывания [[9]](#footnote-9) (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.)

П.п. 1.14 - 1.19 заполняются только иностранными гражданами

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ж) № дома (владение) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира |  |

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации [[10]](#footnote-10):

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

1.17. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации

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

Обязательно заполнить

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

123-456-789-01

1.21. Контактная информация:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.21.1. Телефон (с кодом): домашний | 8-333-1234567 | служебный |  |

1.21.2. Адрес электронной почты mail@mail.ru .

2. Сведения о представителе застрахованного лица [[11]](#footnote-11)

П.2 заполняется лицами, оформляющими полис ОМС по доверенности

2.1. Фамилия Петров

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

2.2. Имя Иван

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

2.3. Отчество (при наличии) Иванович

(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 | V | (нужное отметить знаком “V”) |
|  |  |  |  |  |  |  |

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 паспорт РФ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.6. Серия | 1010 | 2.7. Номер | 444333 |

2.8. Дата выдачи 12.12.2012

(число, месяц, год)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.9. Контактный телефон: код | 123 | домашний | 4567890 | служебный |  |

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 проживание.

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 с 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.

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Обязательно заполнить

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись |  | Петров И.И. |
| Подпись застрахованного лица/ его представителя [[12]](#footnote-12) |  | Расшифровка подписи |

Дата подачи заявления представителю страховой компании

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: | дд.мм.гггг |
|  | (число, месяц, год) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление принял: |  |  |  |
|  | (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |
| --- | --- |
| Выдано временное свидетельство № |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата: |  | М.П. |
|  | (число, месяц, год) |  |

Обязательно заполнить

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись |  | Петров И.И. |
| Подпись застрахованного лица/ его представителя [[13]](#footnote-13) |  | Расшифровка подписи |

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца. [↑](#footnote-ref-2)
3. Отмечается знаком “V”, если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался. [↑](#footnote-ref-3)
4. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#footnote-ref-4)
5. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#footnote-ref-5)
6. Поле, обязательное для заполнения. [↑](#footnote-ref-6)
7. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного. [↑](#footnote-ref-7)
8. Отмечается знаком “V”. [↑](#footnote-ref-8)
9. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного. [↑](#footnote-ref-9)
10. Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#footnote-ref-10)
11. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-11)
12. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-12)
13. Нужное подчеркнуть. [↑](#footnote-ref-13)