

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации

Прошу включить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО "СМО "СИМАЗ-МЕД" 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 течении 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 финансировании 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

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

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен

(подпись застрахованного лица или его представителя)

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия ИВАНОВ 1.2 Имя ИВАН

1.3 Отчество (при наличии) ИВАНОВИЧ

1.4 Пол муж жен (нужное отметить знаком "V")

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- 1) работающий гражданин РФ
- 2) работающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 3) работающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 4) работающее лицо без гражданства
- 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»
- 6) неработающий гражданин РФ
- 7) неработающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 8) неработающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 9) неработающее лицо без гражданства
- 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»
- 11) временно пребывающий на территории РФ в соответствии с договором о ЕАЭС, подписанным в г. Астане 29 мая 2014г. трудящийся иностранный гражданин государств-членов ЕАЭС
- 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии
- 13) должностное лицо Евразийской экономической комиссии
- 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории РФ
- 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
- 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 лицом

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения 01.01.2000

1.7 Место рождения НОВОСИБИРСК

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 50 20 Номер 000000 1.10 Дата выдачи 01.01.2020

Кем выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

1.11 Гражданство Российская Федерация

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: а) Почтовый индекс 633011

б) Субъект Российской Федерации НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

в) Район ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫЙ г) Город НОВОСИБИРСК

д) Населенный пункт

е) Улица ЛЕНИНА

ж) Номер дома 1 з) Корпус и) Квартира 1 к) Дата регистрации 01.01.2000 0:00:00

Лицо без определенного 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) Номер дома з) Корпус и) Квартира к) Дата регистрации

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации (для лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих в Российской Федерации; для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации, для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»)

а) Вид документа ПАСПОРТ РФ б) Серия 50 20 в) Номер 000000 г) Дата выдачи 01.01.2020

Кем выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

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 _____
1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимися государства-члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия : № _____ дата подписания _____ с _____ по _____ Наименование организации,

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

б) Субъект Российской Федерации
в) Район г) Город
д) Населенный пункт
е) Улица
ж) Номер дома з) Корпус и) Квартира к) Дата регистрации
Срок пребывания с _____ по _____

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 000-000-000 00 (при наличии)

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): домашний , сотовый (000)000-0000, служебный

1.21.2 Адрес электронной почты:

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

<input checked="" type="checkbox"/>	SMS-информирование;	<input type="checkbox"/>	Почтовая рассылка;
<input type="checkbox"/>	Электронная почта;	<input type="checkbox"/>	Телефонный обзвон;
<input type="checkbox"/>	Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	<input type="checkbox"/>	Иные способы информирования (указать):

2. Сведения о представителе застрахованного лица

2.1 Фамилия 2.2 Имя

2.3 Отчество

2.4 Пол муж жен (нужное отметить знаком "V") 2.5 Дата рождения:

2.6 Гражданство:

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	Мать	<input type="checkbox"/>	Опекун	<input type="checkbox"/>	Усыновитель
<input type="checkbox"/>	Отец	<input type="checkbox"/>	Полечитель		

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 Федерации: а) Почтовый индекс _____

б) Субъект Российской Федерации _____

в) Район г) Город _____

д) Населенный пункт _____

е) Улица _____

ж) Номер дома 0 з) Корпус и) Квартира 0 к) Дата регистрации _____

лицо без определенного 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 _____

2.16 Телефон (с кодом): домашний , сотовый , служебный _____

2.17 Адрес электронной почты: _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Иванов

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Дата: *01.07.2023*

(подпись застрахованного лица/его представителя)

(расшифровка подписи)

(число, месяц, год)

Данные подтверждены:

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))

(расшифровка подписи)

М.П. **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**
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 полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)

(расшифровка подписи)

Согласно 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)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(расшифровка подписи)