

В \_\_\_\_\_  
 (наименование страховой медицинской организации (филиала))  
 от \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования**

Прошу переоформить мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) полис обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V») и выдать мне полис ОМС

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 <sup>1</sup>.

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 1.2 Имя \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>2</sup>)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>3</sup> \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4 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 временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим 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<sup>4</sup>

1.5 Пол: муж.  жен.  1.6 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 (нужное отметить знаком “V”) (подпись застрахованного лица или его представителя)  
 (число, месяц, год)

1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

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<sup>5</sup>:

а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
 (республика, край, область, округ)

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

д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
 (село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

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

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

лицо без определённого места жительства<sup>6</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>7</sup> (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 т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

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

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>8</sup>:

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 (временное проживание) 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 – 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:
- |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input 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 застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных<sup>9</sup>

- 2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 2.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.4 Пол: муж.  жен.  2.5 Дата рождения \_\_\_\_\_  
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)

## 3. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>10</sup>

- 3.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 3.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.4 Пол: муж.  жен.  3.5 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)
- 3.6 Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)
- 3.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужно отметить знаком "V"):  Мать  Опекун  Усыновитель  
 Отец  Попечитель  По доверенности
- 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 \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)  
Кем выдан \_\_\_\_\_
- 3.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:  
Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)
- 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<sup>11</sup>:

- 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 определенного места жительства<sup>12</sup>

- 3.15 Адрес места пребывания<sup>13</sup> (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)<sup>14</sup> \_\_\_\_\_ (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)<sup>15</sup> и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>14</sup> \_\_\_\_\_ (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)<sup>14</sup> \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Для лиц, указанных в пунктах 38-42 Правил обязательного медицинского страхования.  
<sup>2</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.  
<sup>3</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.  
<sup>4</sup> Поле обязательное для заполнения.  
<sup>5</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.  
<sup>6</sup> Отмечается знаком «V».  
<sup>7</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.  
<sup>8</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.  
<sup>9</sup> Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, истинности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.  
<sup>10</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.  
<sup>11</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.  
<sup>12</sup> Отмечается знаком «V».  
<sup>13</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.  
<sup>14</sup> Нужно подчёркнуть.  
<sup>15</sup> Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на \_\_\_\_\_.