

В АО "ГМСК "Заполярье"

(наименование страховой медицинской организации)

От

(Ф.И.О. гражданина)

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

АО "ГМСК "Заполярье"

(наименование страховой медицинской организации)

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 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»):

- 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства;
- 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
- 3) ветхостью и непригодностью полиса;
- 4) утратой ранее выданного полиса;

1. Сведения о застрахованном лице

Номер полиса:²

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Отсутствует⁵

1.1 Фамилия:

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)⁴

1.2 Имя:

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

1.3 Отчество:

(указывается при наличии)⁷

1.4 Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V»)

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

<input type="checkbox"/>	1) работающий гражданин Российской Федерации;
<input type="checkbox"/>	2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
<input type="checkbox"/>	3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
<input type="checkbox"/>	4) работающее лицо без гражданства;
<input type="checkbox"/>	5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
<input type="checkbox"/>	6) неработающий гражданин Российской Федерации;
<input type="checkbox"/>	7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
<input type="checkbox"/>	8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
<input type="checkbox"/>	9) неработающее лицо без гражданства;
<input type="checkbox"/>	10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
<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"/>	12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);
<input type="checkbox"/>	13) должностное лицо Комиссии
<input type="checkbox"/>	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 лицом⁶

V

(подпись застрахованного лица/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. 4) Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. 5) При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. 6) Поле обязательное для заполнения.

1.6 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.7 Место рождения: _____
(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: _____ 1.10 Номер: _____ 1.11 Дата выдачи: _____

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

1.13 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:⁷

а) почтовый индекс: б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, посёлок и т.п.)

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства⁸

1.14 Адрес места пребывания⁹ (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, посёлок и т.п.)

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

1.15 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:¹⁰

а) Вид документа: _____ б) Серия: _____ в) Номер: _____

г) кем и когда выдан _____

1.16 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)

1.17. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС
_____ (дата подписания) _____ (срок действия)

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

Серия: _____ Номер: _____ Выдан: _____

Место выдачи: _____

1.19 Данные о месте пребывания: _____ место: _____ срок: _____

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) _____
(при наличии)

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): _____ домашний _____ служебный _____

1.21.2 Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹¹

2.1 Фамилия: _____ 2.2 Имя: _____ 2.3 Отчество: _____

2.4 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: _____ мать _____ отец _____ иное

2.5 Вид документа, удостоверяющего личность: _____ 2.6 Серия: _____

2.7 Номер _____ 2.8 Дата выдачи: _____

2.9 Контактный телефон: _____ код _____ домашний _____ 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 исполнения ими соответствующих полномочий.

2.15 Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников 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

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

4. Согласие на обработку биометрических персональных данных (цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи)

4.1 Даю согласие АО "ГМСК "Заполярье", расположенной по адресу: 629003 ЯНАО г.Салехард ул.Маяковского д.4, и ТФОМС Ямало-Ненецкого автономного округа, на обработку моих биометрических персональных данных (включая передачу их третьим лицам) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.

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

4.2 Я / гражданин, представителем, которого я являюсь¹², _____
(ф.и.о.)

даю согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи, предусмотренное главой XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2019 №108н.

V _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)¹³ (Расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство №

М. П.

Заявление принял

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

Дата _____ V _____
(число, месяц, год) (подпись застрахованного лица/его представителя)¹³ (расшифровка подписи)

7) Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного. 8) Отмечается знаком «V». 9) Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного. 10) Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования. 11) Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица 12) Нужно подчеркнуть. 13) Нужно подчеркнуть