Приложение № 1

 к Методическим указаниям ФОМС

 от №

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской организации (филиала)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской организации)

в связи с[[2]](#footnote-2):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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[[3]](#footnote-3):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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[[4]](#footnote-4): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует[[5]](#footnote-5) |  |

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

* 1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[6]](#footnote-6))

* 1. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* 1. Отчество (при наличии) [[7]](#footnote-7)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

1.6. Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.7. Вид документа, удостоверяющего личность[[8]](#footnote-8) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.8. Серия |  | 1.9. Номер |  |

1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.11. Гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации[[9]](#footnote-9):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  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.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | лицо без определённого места жительства[[10]](#footnote-10) |

1.13. Адрес места пребывания[[11]](#footnote-11) (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.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации[[12]](#footnote-12):

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 (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_

 (при наличии)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.17. Контактная информация:1.17.1. Телефон (с кодом): |  |  | домашний |  | служебный |  |
| 1.17.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

2. Сведения о представителе застрахованного лица[[13]](#footnote-13)

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: |  |  |  |  |  |  |  |
| мать |  | отец |  | иное |  | (нужное отметить знаком “V”) |
|  |  |  |  |  |  |  |

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.6. Серия |  | 2.7. Номер |  |

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

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

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Подпись застрахованного лица/его представителя[[14]](#footnote-14) | Расшифровка подписи |
| Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  (число, месяц, год) |  |
| Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) | (расшифровка подписи) |

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

 (число, месяц, год)

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