|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | В | **ООО СМО «Восточно-страховой альянс»** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (наименование страховой медицинской организации (филиала) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | от |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации |
| Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по |
| обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации | **ООО СМО «Восточно-страховой альянс»** |
| в связи с (нужное отметить знаком «V») | Наименование страховой медицинской организации |
|  | 1) выбором страховой медицинской организации; | 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»): |
|  | 2) замена страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного год; |
|  | 3) замена страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 4) замена страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |  | 2) отказ от получения полиса |
| Номер |  | 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 |  | 1.2 Имя |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |  |  |  |  |
| 1.3 Отчество  |  | 1.4 Пол: | муж. |  | жен. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |  | (нужное отметить знаком «V») |  |  |  |  |  |  |
| 1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»): |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |  | 11) временно пребывающий на территории РФ в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29.05.2014 г. (далее – договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств-членов ЕАЭС; |
|  |  |  |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин; |  | 7) неработающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин; |  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее – Комиссия); |
|  | 3) работающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин; |  | 8) неработающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин; |  | 13) должностное лицо Комиссия; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |  | 9) неработающее лицо без гражданства; |  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации; |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |  | 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республика Абхазия; |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республика Южная Осетия. |
| Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 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 |  | 1.7 Место рождения |  |
|  |  |  | (число, месяц, год) |  |  |  | (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 |  | 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: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| а) почтовый индекс |  | б) субъект Российской Федерации |  |  |
|  |  |  | (республика, край, область, округ) |  |
| в) район, город |  | г) населенный пункт |  |  |
|  |  |  | (село, поселок и другие) |  |
| д) улица |  | е) дом (владение) |  | ж) корпус (строение) |  | з) квартира (ком.) |  |
| к) дата регистрации по месту жительства |  |  |  | лицо без определённого 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 |  |  |
|  |  |  | (республика, край, область, округ) |  |
| в) район, город |  | г) населенный пункт |  |  |
|  |  |  | (село, поселок и другие) |  |
| д) улица |  | е) дом (владение) |  | ж) корпус (строение) |  | з) квартира (ком.) |  |
| 1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства-члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия: |  |
| N |  | 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: |  |  |
|  | SMS-информирование |  | Почтовая рассылка |  | Посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры) |
|  | Электронная почта |  | Телефонный обзвон |  | Иные способы информирования (указать): |  |  |
| 2. Сведения о представителе застрахованного лица |
| 2.1 Фамилия |  | 2.2 Имя |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |  |  |  |  |
| 2.3 Отчество |  | 2.4 Пол: | муж. |  | жен. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) | (нужное отметить знаком «V») |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.5 Дата рождения |  | 2.6 Гражданство |  |  |  |
|  | (число, месяц, год) |  | (название государства; лицо без гражданства) |  |  |
| 2.7 Статус законного представителя застрахованного лица  |  | Мать |  | Отец |  | Опекун |  | Попечитель |  | Усыновитель |  |
| (нужное отметить знаком «V») |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (республика, край, область, округ) |  |  |  |  |
| в) район, город |  | г) населенный пункт |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (село, поселок и другие) |  |
| д) улица |  | е) дом (владение) |  | ж) корпус (строение) |  | з) квартира (ком.) |  |
| к) дата регистрации по месту жительства |  |  |  | лицо без определённого 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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | (республика, край, область, округ) |  |  |  |  |
| в) район, город |  | г) населенный пункт |  |  |
|  |  |  | (село, поселок и другие) |  |
| д) улица |  | е) дом (владение) |  | ж) корпус (строение) |  | з) квартира (ком.) |  |
| 2.16 Телефон (с кодом): мобильный |  | домашний |  | служебный |  |  |  |  |
| 2.17 Адрес электронной почты |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Дата: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (подпись застрахованного лица или его представителя) |  | (расшифровка подписи) |  | (число, месяц, год) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Данные подтверждены: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (подпись представителя страховой медицинской организации (филиал) | (расшифровка подписи) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **v** | 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 о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте. |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (подпись застрахованного лица или его представителя) |  | (расшифровка подписи) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **v** | 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 или его представителя) |  | (расшифровка подписи) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |