

В АО «Страховая группа «Спасские ворота-М»

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 АО «Страховая группа «Спасские ворота-М» в связи с (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	1) выбором страховой медицинской организации;
<input type="checkbox"/>	2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
<input type="checkbox"/>	3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;
<input type="checkbox"/>	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"):

<input type="checkbox"/>	1) в форме бумажного бланка;
<input type="checkbox"/>	2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
<input type="checkbox"/>	3) в составе универсальной электронной карты гражданина;
<input type="checkbox"/>	4) отказ от получения полиса.

Номер полиса : Отсутствует

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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

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

- | | |
|--|--|
| | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| | 4) работающее лицо без гражданства; |
| | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”; |
| | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом “О беженцах”; |
| | 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; |
| | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| | 13) должностное лицо Комиссии; |
| | 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 лицом

_____ .
(подпись застрахованного лица или его представителя)

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 _____ Номер _____

1.10. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

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 _____ 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 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 _____
(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 :

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

1.16.Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия

_____ (номер трудового договора)

_____ (дата подписания трудового договора)

_____ (срок действия трудового договора)

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

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

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

1.21. Контактная информация:

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

1.21.2. Адрес электронной почты _____.

2. Сведения о представителе застрахованного лица

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 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 _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

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 пребывающие в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

3. Согласие на обработку персональных данных

Настоящим, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее-Закон), даю своё согласие АО "Страховая группа "Спасские ворота-М" на обработку(совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных мною своих персональных данных, а также персональных данных предоставляемого мною лица, при осуществлении ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере ОМС; - на индивидуальное информирование и опрос, проводимый страховым представителем АО «Страховая группа «Спасские ворота-М».

С прохождением плановых профилактических мероприятий: согласен / не согласен (нужное подчеркнуть)

(подпись застрахованного лица или его представителя)

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Настоящим даю согласие на получение по указанному мной в настоящем заявлении телефонному номеру информационных SMS-сообщений, содержащих уведомления АО "Страховая группа" Спасские ворота-М" о сроках оформления, выдачи, отказе в выдаче полиса ОМС. Подтверждаю, что информационные SMS-сообщения являются надлежащим уведомлением о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса ОМС. О возможности и способе отказа от получения информационных SMS-сообщений извещён.

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

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство №

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

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