

ЗАЯВЛЕНИЕ

о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V»):

- 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования: в форме выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;
- 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения;
- 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
- 3) окончанием срока действия полиса.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия ИВАНОВ 1.2 Имя ИВАН1.3 Отчество (при наличии) ИВАНОВИЧ

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

- 1) работающий гражданин РФ
- 2) работающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 3) работающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 4) работающее лицо без гражданства
- 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»
- 6) неработающий гражданин РФ
- 7) неработающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 8) неработающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин
- 9) неработающее лицо без гражданства
- 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»
- 11) временно пребывающий на территории РФ в соответствии с договором о ЕАЭС, подписанным в г. Астане 29 мая 2014г. трудящийся иностранный гражданин государств-членов ЕАЭС
- 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии
- 13) должностное лицо Евразийской экономической комиссии
- 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории РФ
- 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
- 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.

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


1.5 Пол муж жен (нужное отметить знаком "V")(подпись застрахованного лица или его
1.6. Дата рождения 01.01.20001.7 Место рождения НОВОСИБИРСК1.8. Вид документа, удостоверяющего личность ПАСПОРТ РФ1.9. Серия 50 20 Номер 000000 1.10 Дата выдачи 01.01.2020Кем выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ1.11 Гражданство Российская Федерация1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: а) Почтовый индекс 633011б) Субъект Российской Федерации НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬв) Район ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫЙ г) Город НОВОСИБИРСК

д) Населенный пункт

е) Улица ЛЕНИНАж) Номер дома 1 з) Корпус и) Квартира 1 к) дата регистрации по месту жительства 01.01.2000 0:00:00 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

в) Район г) Город

д) Населенный пункт

е) Улица

ж) Номер дома з) Корпус и) Квартира к) Дата регистрации

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации :

а) Вид документа ПАСПОРТ РФ б) Серия 50 20 в) Номер 000000 г) Дата выдачи 01.01.2020кем и когда выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

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) :

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимися государства-члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия : № _____ дата подписания _____ с _____ по _____ Наименование организации,

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): 000-000-000 00 (при наличии)

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): домашний, сотовый (000)000-0000, служебный

1.21.2 Адрес электронной почты:

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

- SMS-информирование;
- Электронная почта;
- Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);

- Почтовая рассылка;
- Телефонный обзвон;
- Иные способы информирования (указать):

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных

2.1 Фамилия 2.2 Имя

2.3 Отчество (при наличии)

2.4 Пол: муж. жен.

2.5 Дата рождения

3. Сведения о представителе застрахованного лица

3.1 Фамилия 3.2 Имя

3.3 Отчество

3.4 Пол муж жен (нужное отметить знаком "V") 3.5 Дата вождения:

3.6 Гражданство:

3.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"): Мать Опекун Усыновитель Отец Попечитель

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

Кем выдан

3.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица: Серия Номер Дата выдачи

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: а) Почтовый индекс

б) Субъект Российской Федерации

в) Район г) Город

д) Населенный пункт

е) Улица

ж) Номер дома 0 з) Корпус и) Квартира 0 к) Дата регистрации

лицо без определённого места жительства

3.15 Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства): а) Почтовый индекс

б) Субъект Российской Федерации

в) Район г) Город

д) Населенный пункт

е) Улица

ж) Номер дома 0 з) Корпус и) Квартира 0 к) Дата регистрации

3.16 Телефон (с кодом): домашний, сотовый, служебный

3.17 Адрес электронной почты:

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Дата: 01.07.2023 (число, месяц, год)

(подпись застрахованного лица/его представителя)

(расшифровка подписи)

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) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(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)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(расшифровка подписи)