Подготовлено с использованием системы **КонсультантПлюс**

Приложение № 1
к Методическим указаниям ФОМС

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

# ЗАЯВЛЕНИЕ
## о выборе (замене) страховой медицинской организации [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 (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) 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 [2]: | | | | | | | | | | | | | | | | | Отсутствует [3] | |

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

_____
(подпись застрахованного лица или 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.

## 1. Сведения о застрахованном лице

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 (при наличии)[5] _____

(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”. |

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 [6]

_____.

(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 _____

1.9. Серия _____ 1.9. Номер _____

1.10. Дата выдачи _____

1.11. Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

---

[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.

1.12. 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 _____

(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 [8]

1.13. Адрес места пребывания [9] (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 [10]:

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. 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 [11]

2.1. Фамилия _____

[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 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

[11] Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

(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[12]) (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)

_____ _____

(подпись застрахованного лица/его представителя[13]) (расшифровка подписи)

[12] Нужное подчеркнуть.

[13] Нужное подчеркнуть.