В АО «МАКС-М» в

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

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 выбранной страховой медицинской организаци

Наименование страховой медицинской организации

в связи с (нужное отметить знаком «✔»):

1. выбором страховой медицинской организации;

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
2. заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;
3. 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 обязательным медицинском страховании в Российской Федерации" полис обязательного медицинского страхования

(нужное отметить знаком «✔»): Номер полиса

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1) в форме бумажного бланка; |  |  |
|  |

1. отказ от получения полиса

Отсутствует

Наименование страховой медицинской организации (филиала), в которой лицо застраховано на дату подачи заявления

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен ✔

(подпись застрахованного лица/ 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 личность1)

* 1. **Отчество (при наличии)2**

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

* 1. **Пол:** муж.

жен.

(нужное отметить знаком «✔»)

* 1. **Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «**✔**»):**
		1. работающий гражданин Российской Федерации;

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

* + 1. работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
		2. работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
		3. работающее лицо без гражданства;
		4. работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
		5. неработающий гражданин Российской Федерации;
		6. неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
		7. неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
		8. неработающее лицо без гражданства;
		9. неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах».
		10. временно пребывающий на территории РФ 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;
		11. член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);
		12. должностное лицо Комиссии;
		13. сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории РФ;
		14. Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;
		15. 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 лицом3 ✔

(подпись застрахованного лица или его представителя )

* 1. **Дата рождения:**  (число, месяц, год)
	2. **Место рождения**

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

* 1. 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 гражданин

 **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 Федерации4:

а) почтовый индекс б) субъект РФ (республика, край, область, округ)

в) район г) город

д) населённый пункт (село, посёлок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) з) корпус (строение) и) квартира(ком)

к) дата регистрации по месту жительства5

лицо без определённого места жительства

**1.13. Адрес места пребывания 6** (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства): а) почтовый индекс б) субъект РФ (республика, край, область, округ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| в) район г) город |  |  |
| д) населённый пункт |  | (село, посёлок и т.п.) |
| е) улица  |  | (проспект, переулок и т.п.) |
| ж) № дома (владения) з) корпус (строение) |  | и) квартира(ком)  |

1 14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации7:

а) вид документа б) серия в) номер

г) кем и когда выдан

* 1. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на

**территории РФ** (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с по (число, месяц, год)

* 1. **Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС**, включая дату его подписания и срок действия:

№ дата подписания с по Наименование организации, город

* 1. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:
		1. **серия б) номер**
	2. 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:

 c по

* 1. **Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)**(при наличии)
	2. Контактная информация:
		1. **Телефон** (с кодом): мобильный домашний служебный
		2. Адрес электронной почты
	3. **Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

SMS-информирование; Почтовая рассылка;

Электронная почта; Телефонный обзвон;

Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);

Иные способы информирования (указать):

* 1. Сведения о представителе застрахованного лица8

**2.1. Фамилия 2.2.Имя**

* 1. Отчество (при наличии)
	2. **Пол:** муж. жен. (нужное отметить знаком «✔»)
	3. **Дата рождения:**  (число, месяц, год)
	4. **Гражданство:** (название государства; лицо без гражданства)
	5. **Статус законного представителя застрахованного лица** мать опекун усыновитель

(нужное отметить знаком «✔»): отец попечитель по

доверенности

* 1. 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. Серия Номер 2.10.Дата выдачи

**Кем выдан**

* 1. Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:

**Серия**  **Номер**  **Дата выдачи**

* 1. **Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС)** (при наличии)
	2. **Полис обязательного медицинского страхования** (при наличии)
	3. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации9:

а) почтовый индекс б) субъект РФ (республика, край, область, округ)

в) район г) город

д) населённый пункт (село, посёлок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) з) корпус (строение) и) квартира(ком)

к) дата регистрации по месту жительства

лицо без определённого места жительства10

* 1. **Адрес места пребывания11** (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства): а) почтовый индекс б) субъект РФ (республика, край, область, округ)

в) район г) город

д) населённый пункт (село, посёлок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) з) корпус (строение) и) квартира(ком) **2.16.Телефон** (с кодом): мобильный домашний служебный **2.17.Адрес электронной почты**

* 1. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

✔ Дата

(подпись застрахованного лица/ его представителя )3 расшифровка подписи (число, месяц, год)

Данные подтверждены:

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) расшифровка подписи 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 )12 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 )12 расшифровка подписи М.П.

1. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.
2. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.
3. Поле обязательное для заполнения.
4. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
5. Отмечается знаком «V».
6. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.
7. Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.
8. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.
9. Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.
10. Отмечается знаком «V».
11. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.
12. Нужное подчеркнуть.