

от

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации

Прошу меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» в связи с:

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:

Федерации» полис обязательного медицинского страхования:

Номер полиса:

1. Сведения о застрахованном лице (в строгом соответствии с документом, удостоверяющим личность)

1.1. Фамилия:

1.2. Имя:

1.3. Отчество:

1.4. Пол:

муж.

1.6. Дата рождения:

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

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 государством - члена ЕАЭС:

серия _____
дата заключения _____

номер _____
срок действия до _____

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

б) серия _____

г) кем выдан _____

д) срок действия с _____

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:

1.21. Контактная информация:

1.21.1. Телефон (с кодом): _____

1.21.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица (в строгом соответствии с документом, удостоверяющим личность)

2.1. Фамилия: _____

2.2. Имя: _____

2.3. Отчество: _____

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: _____

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность

2.6. Серия _____ **2.7. Номер** _____

2.9. Контактный телефон (с кодом): _____ домашний

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 пребывающим 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 до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица или его представителя)

(расшифровка подписи)

Заявление принял:

Подпись представителя СМО

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № BC

М.П.

Дата

Дата _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

(расшифровка подписи)

Настоящим выражаю согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи

Подпись застрахованного лица или его представителя

(расшифровка подписи)