ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПИСЬМО

от 19 января 2017 г. N 454/30-3/и

ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ О ВЫБОРЕ (ЗАМЕНЕ) СМО

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в связи с изданием приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 октября 2016 г. N 803н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, с целью реализации положений договора о Евразийском экономическом союзе, подписанного в г. Астане 29 мая 2014 года" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2016 г., регистрационный N 44840), направляет образец [заявления](#P27) о выборе (замене) страховой медицинской организации, утвержденный Методическими указаниями по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования от 30 декабря 2011 года, в новой редакции.

Председатель

Н.Н.СТАДЧЕНКО

Приложение

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской

 организации (филиала),

 иной организации)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество

 (при наличии))

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выборе (замене) страховой медицинской организации [<1>](#P300)

 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>](#P301): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует [<3>](#P302) |  |

 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 [<4>](#P303))

 1.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью в документе,

 удостоверяющем личность)

 1.3. Отчество (при наличии) [<5>](#P304) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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 N 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>](#P305)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.9. Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.10. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.11. Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (название государства; лицо без гражданства)

 1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации [<7>](#P306):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) N дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_\_

 к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | лицо без определенного места жительства [<8>](#P307) |

 1.13. Адрес места пребывания [<9>](#P308) (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) N дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_\_

 1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту

жительства в Российской Федерации [<10>](#P309):

 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

 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 [<11>](#P310)

 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 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 Расшифровка подписи

застрахованного лица/его

представителя [<12>](#P311)

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

 Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись представителя (расшифровка подписи)

 страховой медицинской

 организации (филиала))

 Выдано временное свидетельство N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

 (число, месяц, год)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись застрахованного лица/ Расшифровка подписи

 его представителя [<13>](#P312)

--------------------------------

<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.

<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.

<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.

<12> Нужное подчеркнуть.

<13> Нужное подчеркнуть.