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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32B5E30A60741F9EAB93F0CA9k0o2N) 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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5534AF0541F9EAB93F0CA90222BD5FCCFC930FD234C8k0o8N) 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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5733A30341F9EAB93F0CA9k0o2N) "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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B02C5536A20641F9EAB93F0CA9k0o2N) "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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B02C5536A20641F9EAB93F0CA9k0o2N) "О беженцах". |
|  | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с [договором](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32B5431A00841F9EAB93F0CA9k0o2N) 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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5434A10041F9EAB93F0CA9k0o2N)

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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32B5431A00841F9EAB93F0CA9k0o2N) 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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B02C5536A20641F9EAB93F0CA9k0o2N) "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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5533AE0741F9EAB93F0CA90222BD5FCCFCk9o3N) 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](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5533AE0741F9EAB93F0CA90222BD5FCCFCk9o3N), [5](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5533AE0741F9EAB93F0CA90222BD5FCCFC930FD235CAk0oCN), [6](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5533AE0741F9EAB93F0CA90222BD5FCCFC930FD235CAk0o8N) и [7 пункта 9](consultantplus://offline/ref=E776E41123DFE98F74CBAA43C8693C62B32A5533AE0741F9EAB93F0CA90222BD5FCCFC930FD235CBk0oFN) Правил обязательного медицинского страхования.

<11> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<12> Нужное подчеркнуть.

<13> Нужное подчеркнуть.