Образец

В ООО "СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "ИНГОССТРАХ-М" ФИЛИАЛ В Г.ИЖЕВСКЕ

от Иванова Мария Кузьминична

ЗАЯВЛЕНИЕ № 16186/230/2018

о выборе (замене) страховой медицинской организации

Прошу зарегистрировать гражданина, представителем которого я являюсь, в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО "СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "ИНГОССТРАХ-М" ФИЛИАЛ В Г.ИЖЕВСКЕ 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 гражданину, представителем которого я являюсь, в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования:

- [✓] 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: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Отсутствует [✓]

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия **Иванов**

1.2. Имя **Иван**

1.3. Отчество (при наличии) **Иванович**

1.4. Пол: муж. [✓] жен. [ ]

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

_____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения **01.01.2018**

1.7. Место рождения **город Ижевск**

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 **СВИД О РОЖД**

1.9. Серия **II-НИ** 1.9. Номер **001002**

1.10. Дата выдачи **01.01.2017**

1.11. Гражданство **Российская Федерация**

1.12. **Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:**

☐ лицо без определенного места жительства

а) почтовый индекс **4 2 6 0 0 0**

б) субъект Российской Федерации **Удмуртская Респ**

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт **Ижевск г**

е) улица (проспект, переулок и т.п.) **Ворошилова ул**

ж) № дома **109** з) корпус (строение) _____ и) квартира **27**

к) дата регистрации по месту жительства _____

1.13. **Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):**

а) почтовый индекс **4 2 6 0 0 0**

б) субъект Российской Федерации **Удмуртская Респ**

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт **Ижевск г**

е) улица (проспект, переулок и т.п.) **Ворошилова ул**

ж) № дома **109** з) корпус (строение) _____ и) квартира **27**

1.14. **Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:**

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 (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства) **с** **по**

1.16. Реквизиты трудового договора, заключенным с трудящимся государства - члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия

а) Номер договора: _____

б) Срок действия договора: **с** **по**

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:

Адрес пребывания:

_____

Срок пребывания: **с** **по**

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) **101-505-005 55**

1.21. Контактная информация:

1.21.1. Телефон (с кодом): _____ домашний _____

служебный _____

1.21.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица

2.1. Фамилия **Иванова**

2.2. Имя **Мария**

2.3. Отчество (при наличии) **Кузьминична**

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указанны в заявлении

мать [✓] отец [ ] иное [ ]

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 **ПАСПОРТ РФ**

2.6. Серия **94 18** 2.7. Номер **010020**

2.8. Дата выдачи **01.02.2018**

2.9. Контактный телефон: _____ 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 (застрахованного лица/его представителей) _____ Дата **19.04.2018**

4. **Заявление принял** _____ **Кожевников В.В.**

Выдано временное свидетельство № _____ Дата **19.04.2018**

(число, месяц, год)

_____ _____

Подпись застрахованного лица / его представителя (расшифровка подписи)

5. Я согласен получать информацию рекламного или информационного характера о продуктах и услугах компаний группы ИНГО в виде смс-сообщений и/или по адресу электронной почты, указанным мной в заявлении

_____ _____

Подпись застрахованного лица / его представителя (расшифровка подписи)