

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 19.01.2017 N 454/30-3/и – Образец заявления о выборе (замене) СМО – Действующая первая редакция

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](#) 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.

Приложение

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала),
иной организации)
от _____
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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

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 "✓") :

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |
| <input type="checkbox"/> | 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 "✓") :

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> | 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>](#)

(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>](#):

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>](#)

1.13. Адрес места пребывания [<9>](#) (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>:

- 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>

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 государством – членом 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>

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))
_____ (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство N _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

Подпись застрахованного лица/ _____ Расшифровка подписи _____
его представителя <13>

-
- <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> Нужно подчеркнуть.
 - <13> Нужно подчеркнуть.