



**Федеральный фонд
обязательного
медицинского страхования**

Директорам территориальных фондов
обязательного медицинского
страхования

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 987-0380 (доб. 1522), e-mail: general@ffoms.ru

19.01.2017 № 454/30-3/и

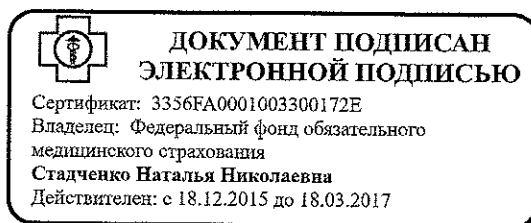
На № _____ от _____

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. № 803н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 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 № 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: на 5 л.

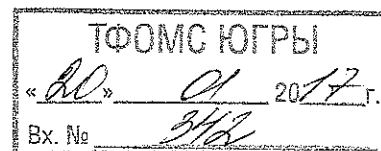
Председатель



Н.Н. Стадченко

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП, хранится в
системе электронного документооборота ФОМС

С.П. Злоказова
495-987-03-80 (*1033)



1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"; |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах". |
| <input type="checkbox"/> | 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; |
| <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 № 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, мать отец иное (нужное отметить
сведения о котором (нужное отметить
указаны в заявлении: 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 _____ (расшифровка подписи)
страховой медицинской
организации (филиала))

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.