

В ООО "СМК "УГМК-Медицина"

Адрес 620075, г.Екатеринбург, ул. Первомайская,15
от _____

(Ф.И.О. гражданина)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе страховой медицинской организации

Прошу зарегистрировать меня в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому
ООО "Страховая медицинская компания "УГМК-Медицина"

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 мне 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/представителя ЗЛ)

1. Сведения о застрахованном лице

- 1.1. Фамилия _____
 1.1.1. Фамилия прежняя _____
 1.2. Имя _____
 1.2.1. Имя прежнее _____
 1.3. Отчество (при наличии) _____
 1.3.1. Отчество прежнее (при наличии) _____
 1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")
 1.5. Категория застрахованного лица
 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
 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.

(Подпись застрахованного лица/представителя ЗЛ)

- 1.6. Дата рождения _____
 1.7. Место рождения _____
 1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____
 1.8.1. Вид документа, удостоверяющего личность прежний _____
 1.9. Серия _____ 1.9. Номер _____
 1.9.1. Серия прежняя _____ 1.9.1. Номер прежний _____
 1.10. Кем выдан _____
 1.11. Дата выдачи _____ 1.12. Дата окончания действия д-та _____
 1.11. Дата выдачи прежняя _____
 1.13. Гражданство _____
 (наименование государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

- а) почтовый индекс
б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____
е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
к) дата регистрации по месту жительства _____
 лицо без определенного места жительства (отмечается знаком "V")

1.15. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличном от адреса регистрации по месту жительства):

- а) почтовый индекс
б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____
е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

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

- а) вид документа _____
б) серия _____ в) номер _____
г) кем и когда выдан _____

1.17. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание без гражданства) с: _____ по _____

1.18. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.19. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС:
дата подписания _____ серия _____ номер _____
срок действия с _____ по _____

1.20. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии,
серия _____ номер _____
дата выдачи _____ дата окончания действия _____

1.21. Категория застрахованного лица в соответствии с положением договора о ЕАЭС о праве _____

1.22. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания:

- а) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
б) район _____ в) город _____
г) населенный пункт _____
д) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
е) № дома (владения) _____ ж) корпус (строение) _____ з) квартира _____
и) срок пребывания с _____ по _____
1.23. Контактная информация:
1.23.1. Телефон (с кодом) домашний _____ служебный _____
1.23.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица

- 2.1. Фамилия _____
2.2. Имя _____
2.3. Отчество (при наличии) _____
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 _____
2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____
2.8. Кем выдан _____
2.9. Дата выдачи _____ 2.10. Дата окончания действия документа _____
2.11. Контактный телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____

3. Информация о сроках действия полиса обязательного медицинского страхования

- 3.1. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.
3.2. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без

- 3.3. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О
- 3.4. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без
- 3.5. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается
- 3.6. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(Подпись застрахованного лица/представителя ЗЛ) _____
(расшифровка подписи)

Дата: _____

**5. Согласие на обработку биометрических персональных данных
(цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи)**

Даю согласие страховой медицинской организации и ТФОМС Свердловской области, расположенному по адресу: г.Екатеринбург, ул.Московская, 54, на обработку моих биометрических данных (включая передачу их третьим лицам) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.

(расшифровка подписи)

Заявление принял: _____
(Подпись представителя СМО)

(расшифровка подписи)

Заявление заверил: _____
(Подпись руководителя СМО)

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____

М.П.

(Подпись застрахованного лица/представителя ЗЛ) _____
(расшифровка подписи)

Даю согласие на СМС-оповещение _____

