

В \_\_\_\_\_ ООО «Страховая медицинская компания «УГМК-Медицина»  
(наименование страховой медицинской организации)  
адрес \_\_\_\_\_ 620075, г. Екатеринбург, ул. Первомайская, д. 15  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления)<sup>1</sup>

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>2</sup>

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО "Страховая медицинская компания "УГМК-Медицина"  
(наименование страховой медицинской организации)

в связи с (нужное отметить знаком «V»):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <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 «V»):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка;                            |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;   |
| <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |
| <input type="checkbox"/> | 4) отказ от получения полиса                            |

Номер полиса<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_ Отсутствует<sup>4</sup>

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен. \_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

### 1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия<sup>5</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)<sup>6</sup>

1.1.1. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается фамилия, предшествующая указанной в п.1.1)

1.2. Имя<sup>5</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2.1. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается имя, предшествующее указанному в п.1.2)

1.3. Отчество (при наличии)<sup>5</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3.1. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается отчество, предшествующее указанному в п.1.3)

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<sup>7</sup> \_\_\_\_\_

(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

1.8.1. 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<sup>8</sup>

(указывается вид документа, удостоверяющего личность, предшествующего, указанному в п.1.8.)

1.9. Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

1.9.1. Серия<sup>7</sup> \_\_\_\_\_ Номер<sup>7</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается серия и номер документа, удостоверяющего личность, указанного в п.1.8.1)

<sup>1</sup> При подаче заявления в иную организацию.

<sup>2</sup> При заполнении заявления исправления не допускаются.

<sup>3</sup> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

<sup>4</sup> Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

<sup>5</sup> При отсутствии фамилии, имени или отчества в документе, удостоверяющем личность, в соответствующей графе ставится прочерк.

<sup>6</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>7</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>8</sup> Рекомендовано к заполнению при осуществлении выбора СМО гражданином РФ в возрасте старше 14 лет.

1.10. Кем выдан \_\_\_\_\_

1.11. Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.11.1. Дата выдачи <sup>7</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается дата выдачи документа, удостоверяющего личность, указанного в п.1.8.1)

1.12. Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <sup>9</sup>:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) \_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
 лицо без определённого места жительства <sup>10</sup>

1.14. Адрес места пребывания <sup>11</sup> (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) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации <sup>12</sup>:

а) вид документа \_\_\_\_\_

б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.16. 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)

1.17. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

1.18. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

а) дата подписания \_\_\_\_\_

б) номер \_\_\_\_\_

в) срок действия: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

1.19. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:

а) номер \_\_\_\_\_

б) дата выдачи \_\_\_\_\_

1.20. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование

1.21. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания

а) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

б) район \_\_\_\_\_ в) город \_\_\_\_\_

г) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

д) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

е) № дома (владение) \_\_\_\_\_ ж) корпус (строение) \_\_\_\_\_ з) квартира \_\_\_\_\_

и) срок пребывания с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.22. Контактная информация:

1.22.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.22.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица <sup>13</sup>

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 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. Кем выдан \_\_\_\_\_

2.9. Дата выдачи \_\_\_\_\_

2.10. Контактный телефон: Код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

<sup>9</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>11</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

<sup>12</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>13</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

### 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 гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

3.3. 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 14 Правил.

3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. 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.

3.7. При обращении граждан, указанных в пунктах 3.2. – 3.6., для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается бумажный полис со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

### 4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя<sup>14</sup>  
Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

5. Даю согласие на информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи (для лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и граждан, признанных недееспособными, - согласие законного представителя застрахованного лица, а также согласие представителя застрахованного лица в случае подачи им заявления).

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя<sup>14</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

6. Даю согласие страховой медицинской организации и ТФОМС Свердловской области, расположенному по адресу: г. Екатеринбург, ул. Московская, 54, на обработку (включая передачу их третьим лицам) моих биометрических персональных данных (цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.<sup>15</sup>

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя<sup>14</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя страховой медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

Выдано временное свидетельство № \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя<sup>14</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

### НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Ознакомлен(а) с тем, что временное свидетельство действительно до момента получения полиса ОМС, но не более 45 рабочих дней (срок оформления и выдачи полисов ОМС), обязуюсь получить полис ОМС в течение данного срока

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя<sup>16</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение на всех этапах оказания медицинской помощи, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)<sup>17</sup>

Отказ от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер)

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя<sup>18</sup>

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

<sup>14</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>15</sup> Заполняется в случае, если гражданину выдается полис ОМС в форме пластиковой карты с электронным носителем.

<sup>16</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>17</sup> Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией «УТМК-Медицина» Вы можете по телефону контакт-центра 8 (343) 204-75-10.

<sup>18</sup> Нужно подчеркнуть.