

**ОТ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации**

Прошу меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед» 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 (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования:

Федерации» полис обязательного медицинского страхования:

Номер полиса:

**1. Сведения о застрахованном лице** (в строгом соответствии с документом, удостоверяющим личность)

**1.1. Фамилия:**

**1.2. Имя:**

**1.3. Отчество:**

**1.4. Пол:**

муж.

**1.6. Дата рождения:**

**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**

**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 \_\_\_\_\_

**1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством - члена ЕАЭС:**

серия \_\_\_\_\_  
дата заключения \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_  
срок действия до \_\_\_\_\_

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

б) серия

г) кем выдан

д) срок действия с \_\_\_\_\_

**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:**

**1.21. Контактная информация:**

**1.21.1. Телефон (с кодом):**

**1.21.2. Адрес электронной почты**

**2. Сведения о представителе застрахованного лица** (в строгом соответствии с документом, удостоверяющим личность)

**2.1. Фамилия:**

**2.2. Имя:**

**2.3. Отчество:**

**2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:**

**2.5. Вид документа, удостоверяющего личность**

**2.6. Серия 2.7. Номер**

**2.9. Контактный телефон (с кодом):** домашний

**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 или его представителя)

(расшифровка подписи)

**Заявление принял:**

Подпись представителя СМО

(расшифровка подписи)

**Выдано временное свидетельство № BC**

**М.П.**

Дата

Дата \_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица или его представителя)

(расшифровка подписи)

**Настоящим выражаю согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи**

Подпись застрахованного лица или его представителя

(расшифровка подписи)