

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

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию (ОМС), в страховой медицинской организации (СМО) **ООО СМК «Астра-Металл»** в связи с (соответствующий пункт отметить знаком «✓»):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) выбором СМО | <input type="checkbox"/> 3) заменой СМО в связи со сменой места жительства |
| <input type="checkbox"/> 2) заменой СМО в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года | <input type="checkbox"/> 4) заменой СМО в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении ОМС |
- 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:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) в форме бумажного бланка | <input type="checkbox"/> 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |
| <input type="checkbox"/> 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем | <input type="checkbox"/> 4) отказ от получения полиса |

Номер полиса единого образца _____ Отсутствует

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен _____
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ

1.1. Фамилия _____ 1.2. Имя _____ 1.3. Отчество _____

1.4. Пол: муж. жен. 1.5. Дата рождения _____

1.6. Категория застрахованного лица:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) работающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства; | <input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»; | <input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах». |

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 _____
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.7. Место рождения _____

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.9. Серия _____ 1.10. Номер _____ 1.11. Дата выдачи _____

Кем выдан _____

1.12. Гражданство _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

почтовый индекс _____ субъект РФ (республика, край, область, округ) _____

район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____

(село, поселок и т.п.)

(проспект, переулок и т.п.)

№ дома _____ корпус _____ квартира _____ дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства

1.14. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

почтовый индекс _____ субъект РФ (республика, край, область, округ) _____

район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____

(село, поселок и т.п.)

(проспект, переулок и т.п.)

№ дома _____ корпус _____ квартира _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации (для беженцев; лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих в РФ):

вид документа _____ серия _____ номер _____

кем и когда выдан _____

1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации: с _____ по _____

1.17. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в Пенсионном Фонде РФ _____ (при наличии)

1.18. Контактная информация:

1.18.1. Тел.: домашний _____ служебный _____ 1.18.2. e-mail _____

2. СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

2.1. Фамилия _____ 2.2. Имя _____ 2.3. Отчество _____

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (отметить "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____ 2.8. Дата выдачи _____

2.9. Контактный телефон: домашний _____ служебный _____

Я ознакомлен с Правилами обязательного медицинского страхования, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта РФ. О сроках оформления и выдачи страхового медицинского полиса проинформирован лично. Мне предоставлена информация о правах застрахованного лица в сфере ОМС и контактные телефоны территориального фонда ОМС и СМО, выдавшей полис обязательного медицинского страхования.

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись _____ Дата: _____
(застрахованного лица / его представителя) (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Заявление принял _____ Дата: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации) (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

М.П.

Выдано временное свидетельство № _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(-аяся)

(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО СМК «Астра-Металл» (далее – Оператор) моих (представляемого мною гражданина) персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; место рождения; адрес и дату регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; серию, номер и дату выдачи документа, удостоверяющего личность; номер пенсионного страхового свидетельства (СНИЛС); телефон; адрес электронной почты; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования – в целях оказания услуг по обязательному медицинскому страхованию (ОМС).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС. Я согласен (согласна) получать информационные сообщения на указанный мной номер телефона и/или адрес электронной почты.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными с территориальным фондом ОМС и другими субъектами ОМС (в том числе медицинскими организациями) с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных не ограничен.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

(число, месяц, год)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Подпись

дата

(число, месяц, год)