

В _____ **ООО СМК «АСТРА_МЕТАЛЛ»**

г. Магнитогорск, ул. Завенягина 1/2

от _____
(Ф.И.О. гражданина)_____
(Адрес регистрации)**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) отказ от получения полиса |
| <input type="checkbox"/> 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем | |

Наименование СМО, в которой лицо застраховано на момент подачи заявления _____

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"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах". |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства; | <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"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах"; | <input type="checkbox"/> 12) член коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <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 _____
(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. Место регистрации 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 _____

1.14. Место 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. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства-члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия _____

1.18. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и _____

1.19. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан _____

государств-членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование _____

1.20. Документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета в Пенсионном Фонде РФ/СНИЛС _____

1.21. Контактная информация:

1.21.1. Тел.: домашний _____ мобильный _____ 1.21.2. 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 _____ 2.8.1 Дата выдачи _____
2.8.2 Кем выдан _____
2.9. Контактный телефон: домашний _____ мобильный _____

- 2.10 e-mail: _____
2.11. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.
2.12. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.
2.13. 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 ОМС.
2.14. 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.
2.15. 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.
2.16. 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.
2.17. При обращении граждан, указанных в п. 2.11-2.16 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

Я ознакомлен с Правилами обязательного медицинского страхования, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, с перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта РФ.
Мне предоставлена информация о правах застрахованного лица в сфере ОМС, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, и контактные телефоны территориального фонда ОМС и СМО, выдавшей полис обязательного медицинского страхования.
Согласен на индивидуальное 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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), и граждан, признанных недееспособными, - согласие дается законным представителем застрахованного лица, либо представителем застрахованного лица в случае подачи им заявления на основании доверенности).
Согласен(а) на получение информации о готовности/отказе/(задержке) полиса, о возможности прохождения профилактических мероприятий, в том числе, диспансеризации, на телефонный номер, указанный в пп.1.21.1 и 2.9 посредством СМС, автоинформирования, VIBER-сообщений, а также на получение указанной информации на адрес электронной почты, указанный в пп. 1.21.2 и 2.10
Данное согласие дается без ограничения срока, может быть отозвано на основании письменного заявления.

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) М.П. (число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство № _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся(-ая)

(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, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные без использования средств автоматизации, и посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, в том числе по информационному сопровождению застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, на обмен (прием и передачу) персональными данными с территориальным фондом ОМС и другими субъектами ОМС (в том числе медицинскими организациями), с коммерческими организациями, выступающими исполнителями по договору на изготовление пластиковых карт (в целях оформления и последующего получения пластиковой карты клиента), с операторами и организациями почтовой связи (в том числе с ФГУП «Почта России»), с операторами мобильной связи 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует до окончания срока деятельности ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ».

(число, месяц, год)

Условием прекращения данного согласия является окончание срока действия согласия, или отзыв согласия субъектом персональных данных.

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 и расшифровка _____ Дата _____
(число, месяц, год)