

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 «X»):

- | | |
|---|---|
| <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 составе универсальной электронной карты гражданина | |

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 временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 7) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 8) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах"; |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства; | <input type="checkbox"/> 9) 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 государства - члена ЕАЭС; |
| <input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ "О беженцах"; | <input type="checkbox"/> 10) член коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 11) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 12) 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. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:
- почтовый индекс _____ субъект РФ (респ., край, область, округ) _____
- район _____ город _____ (село, поселок и т.п.)
- населенный пункт _____ улица _____ (проспект, переулок и т.п.)
- № дома _____ корпус _____ квартира _____ дата регистрации по месту жительства _____
- лицо без определенного 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 (респ., край, обл., округ) _____
- район _____ город _____
- населенный пункт _____ улица _____
- № дома _____ корпус _____ квартира _____

- 1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:
- вид документа _____ серия _____ номер _____
- 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 _____

- 1.17. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством - члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия _____

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

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

- 1.20. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____

- 1.21. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) в Пенсионном фонде РФ _____ (при наличии)

- 1.22. Контактная информация:
- 1.22.1. Тел.: домашний _____ сотовый _____ рабочий _____

- 1.22.2. e-mail: домашний _____ рабочий _____

- 1.23. Отказываюсь предоставлять контактную информацию _____ (подпись застрахованного лица/его представителя)

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 (нужное отметить знаком "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

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

2.9. Контактный телефон: домашний _____ сотовый _____ рабочий _____

2.10. e-mail: домашний _____ рабочий _____

2.11. Отказываюсь предоставлять контактную информацию _____ (подпись представителя застрахованного лица)

2.12. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

2.13. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

2.14. 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.

2.15. 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.

2.16. 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.

2.17. 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.

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) М.П. (число, месяц, год)

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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных не ограничен.

Настоящее согласие дано мной _____

(число, месяц, год)

и действует бессрочно

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)