

В ООО "Крымская страховая медицинская компания"

от

**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, в страховой медицинской организации ООО "Крымская страховая медицинская компания" в связи с:

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1) выбором страховой медицинской организации   | <input type="checkbox"/> 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;   |
| <input type="checkbox"/> 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; | <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:

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" 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 полиса                                       |

Номер полиса: \_\_\_\_\_ Отсутствует

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

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

- 1.1. \_\_\_\_\_ 1.2. \_\_\_\_\_ 1.3. \_\_\_\_\_  
1.4. Пол: муж.  жен.  1.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
1.6. Категория застрахованного лица:  1) Работающий гражданин 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 Паспорт гражданина РФ 1.9. Серия \_\_\_\_\_  
1.10. Номер \_\_\_\_\_ 1.11. Дата выдачи \_\_\_\_\_ 1.12. Гражданство: РОССИЯ  
1.13. Адрес регистрации по месту жительства в РФ а) почтовый индекс \_\_\_\_\_  
б) субъект РФ \_\_\_\_\_ в) район \_\_\_\_\_  
г) город \_\_\_\_\_ д) нас. пункт \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
1.14. Адрес регистрации по месту пребывания (проживания): а) почтовый индекс \_\_\_\_\_  
б) субъект РФ \_\_\_\_\_ в) район \_\_\_\_\_  
г) город \_\_\_\_\_ д) нас. пункт \_\_\_\_\_  
е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_  
ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

- 1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:  
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 (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):  
с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 1.17. СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_

- 1.18. Контактная информация:  
1.18.1. Телефон (с кодом): дом. \_\_\_\_\_ служ \_\_\_\_\_ 1.18.2. \_\_\_\_\_

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

- 2.1. \_\_\_\_\_ 2.2. \_\_\_\_\_ 2.3. \_\_\_\_\_  
2.4. Отношение к застрахованному, лицу сведения о котором указаны в заявлении:  мать  отец  иное  
2.5. Вид документа \_\_\_\_\_  
2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_ 2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
2.9. Телефон: дом. \_\_\_\_\_ служ \_\_\_\_\_ 3. Достоверность и полноту сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица/его представителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Заявление принял: \_\_\_\_\_ М.П. Дата \_\_\_\_\_  
Подпись представителя СМО \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Временное свидетельство № \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)