# ЗАЯВЛЕНИЕ

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

В ООО "Страховая компания "Ингосстрах-М" в г.Тверь

(наименование страховой медицинской организации)

от

(Ф.И.О. заявителя)

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации:

### Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "Ингосстрах-М"

в связи с

выбором страховой медицинской организации

и выдать гражданину, представителем которого я являюсь в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования:

1. в форме бумажного бланка
2. в виде пластиковой карты с электронным носителем (кроме иностранных граждан)

Номер полиса:

1. отказ от получения полиса

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен:

### Сведения о застрахованном лице

(подпись представителя)

1.Фамилия:

# 

2.Имя:

# 

3.Отчество:

# 

4.Пол:

## \_\_\_\_\_\_\_

1. Дата рождения:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Категория застрахованного лица:

## 

Подтверждаю, что я не являюсь (мой представляемый не является) 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 представителя)

(расшифровка подписи)

1. Место рождения:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Вид документа, удостоверяющего личность:

\_\_

9.Серия:

## \_\_\_\_\_

Номер:

10.Дата выдачи: 11. Гражданство:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:
   1. почтовый индекс

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

б) адрес регистрации:

к) дата регистрации по месту жительства

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Адрес места пребывания:

a) почтовый индекс

б) адрес места пребывания:

(указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства

1. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:

а) вид документа б) серия в) номер

г) кем выдан д) дата выдачи

1. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):
2. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

## 

1. Контактная информация: Телефон с кодом:

## 

Электронная почта:

1. Реквизиты трудового договора трудящегося государства - члена ЕАЭС: а) ИНН: дата подписания:

в) срок действия с: по:

б) серия номер

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

а) Наименование серия номер

б) дата выдачи в) дата окончания действия

### Сведения о представителе застрахованного лица

1.Фамилия:

2.Имя:

1. Отчество (при наличии):
2. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:

мать

отец

иное

Вид документа, удостоверяющего личность:

## 

6.Серия:

## \_\_\_\_

7.Номер:

## \_\_\_\_\_\_

1. Дата выдачи:

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Контактный телефон с кодом: 10.Адрес электронной почты:

### Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю:

дата:

(подпись представителя) (расшифровка подписи прописью)

### О получении полиса (об отказе в выдаче), а также о проведении профилактических медицинских мероприятий прошу уведомить:

по телефону

**(подпись представителя)** (расшифровка подписи)

Заявление принял: дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись представителя страховой медицинской организации)

М.П.

Получено временное свидетельство №

## 

**(подпись представителя)** (расшифровка подписи)