

**Приложение № 1**  
**к Правилам обязательного медицинского**  
**страхования, утвержденным приказом**  
**Министерства здравоохранения**  
**Российской Федерации**  
от «21» августа 2025 г. № 496 н

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации<sup>1</sup>**

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации \_\_\_\_\_ в связи с (нужное отметить знаком «V»):

- |                          |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации;                                                                                                          | и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» <b>при необходимости</b> ): |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;                                      | <input type="checkbox"/> <b>выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц;</b>                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства;                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Номер полиса<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_  Отсутствует<sup>3</sup>

(Наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию))

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен \_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица или его представителя)

<sup>1</sup>При заполнении заявления исправления не допускаются.

<sup>2</sup>Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

<sup>3</sup>Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

**УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

**1. Сведения о застрахованном лице**

1.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 1.2 Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ 1.4 Пол: муж.  жен.   
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить знаком «V»)

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- |                          |                                                                                                                                                                                    |                          |                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;                                                                                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                   | <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"/> | 4) работающее лицо без гражданства;                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее – Комиссия);                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах» (далее – Федеральный закон «О беженцах»); | <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии;                                                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации.                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 15) Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | 16) Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.                                                                                                                                                     |

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: \_\_\_\_\_ 1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_

1.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 1.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_

1.11 Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>4</sup>:

а) почтовый индекс \_\_\_\_\_ б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
(село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_  
к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определенного места жительства<sup>5</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>6</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства): \_\_\_\_\_

- а) почтовый индекс  б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ (республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
- д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_ (село, поселок и другие) (проспект, переулок и другие)
- ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_
- 1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации?<sup>7</sup>
- а) вид документа \_\_\_\_\_
- б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_
- г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_
- 1.15 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 \_\_\_\_\_ (число, месяц, год) (число, месяц, год)
- 1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия: № \_\_\_\_\_ дата подписания \_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_
- Наименование организации, город \_\_\_\_\_
- 1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:
- а) серия \_\_\_\_\_ б) номер \_\_\_\_\_
- 1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование: \_\_\_\_\_
- 1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_
- 1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_
- 1.21 Контактная информация:
- 1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
- 1.21.2 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_
- 1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:
- |                          |                                                                                                        |                          |                                              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | SMS-информирование;                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Почтовая рассылка;                           |
| <input type="checkbox"/> | Электронная почта;                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Телефонный обзвон;                           |
| <input type="checkbox"/> | Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); | <input type="checkbox"/> | Иные способы информирования (указать): _____ |

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>8</sup>

- 2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ 2.2 Имя \_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.3 Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.4\* Пол: муж.  жен.  2.5\* Дата рождения: \_\_\_\_\_ (нужное отметить знаком «V») (число, месяц, год)
- 2.6\* Гражданство: \_\_\_\_\_ (название государства; лицо без гражданства)
- 2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»)  Мать  Опекун  Усыновитель  Отец  Попечитель
- 2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина \_\_\_\_\_
- 2.9 Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ 2.10 Дата выдачи \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_
- 2.11\* Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица: Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_
- 2.12\* Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_
- 2.13\* Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_
- 2.14\* Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>9</sup>:
- а) почтовый индекс  б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ (республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
- д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_
- ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_
- к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_
- лицо без определенного места жительства<sup>10</sup>
- 2.15\* Адрес места пребывания<sup>11</sup> (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):
- а) почтовый индекс  б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ (республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
- д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_
- ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_
- 2.16 Телефон (с кодом): мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
- 2.17 Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

## 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_  
 (подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup> \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

- Согласен (согласна) на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)<sup>3</sup> и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>6</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>7</sup> Для лиц, указанных в подпунктах 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>8</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>9</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>11</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

\*Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования.