

**Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая
больница гражданской авиации»**

125367, г. Москва, Ивановское шоссе, д. 7

(наименование медицинской организации)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации¹**

Прошу принять меня/гражданина, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в медицинскую организацию Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации».

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии)² _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V»)
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.6. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____
серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____

1.9. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации³:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
 лицо без определённого места жительства⁴

1.10. Адрес места пребывания⁵ (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 _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

1.11. Контактная информация:

1.11.1. Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____

1.11.2. Адрес электронной почты _____

1.12. Номер полиса ОМС гражданина

1.13. Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином _____

1.14. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁴ Отмечается знаком «V».

⁵ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

2. Сведения о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе)⁶

- 2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 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. 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. Кем и когда выдан _____
(число, месяц, год)
- 2.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ служебный _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

- _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)⁷ _____
(расшифровка подписи)
- Дата: _____
(число, месяц, год)
- Заявление принял: _____
(подпись представителя
медицинской организации) _____
(расшифровка подписи)

С перечнем врачей-терапевтов и с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников ознакомлен (а)

- _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)⁷ _____
(расшифровка подписи)
- Дата: _____

При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

- 1) для граждан Российской Федерации:
 - паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;
 - полис обязательного медицинского страхования;
- 2) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»:
 - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации
 - полис обязательного медицинского страхования;
- 3) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - 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;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования;
- 4) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования;
- 5) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:
 - 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, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;
 - полис обязательного медицинского страхования;
- 6) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;
 - полис обязательного медицинского страхования;
- 7) для представителя гражданина, в том числе законного:
 - документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя;
- 8) в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

⁶ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

⁷ Нужно подчеркнуть.