|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Приложение № 2**ФОРМА** |
|  |  | В  |  |
|  |  | (наименование страховой медицинской организации (филиала)) |
|  |  | от  |  |
|  |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
| **о включении в единый регистр застрахованных лиц** |
| Прошу включить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в регистр застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» при необходимости): |
|  |  | выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц. |
|  |

**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[[1]](#endnote-1)) |
| 1.3  | Отчество (при наличии) [[2]](#endnote-2) |  | 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): |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 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; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |  |  13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |
| 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[[3]](#endnote-3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  (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[[4]](#endnote-4): |
| а) | почтовый индекс |  |  |  |  |  |  | б) субъект Российской Федерации |  |
|  |  |  (республика, край, область, округ) |
| в) | район |  | г) город |  |
| д) | населенный пункт |  | е) улица  |  |
|  |  (село, поселок и т.п.) | (проспект, переулок и т.п.) |
| ж) | № дома (владения) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира (ком.) |  |
| к) | дата регистрации по месту жительства |  |
|  | лицо без определённого места жительства[[5]](#endnote-5) |
| 1.13 | Адрес места пребывания[[6]](#endnote-6) (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 т.п.) | (проспект, переулок и т.п.) |
| ж) | № дома (владение) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира (ком.) |  |
| 1.14 | Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации[[7]](#endnote-7): |
|  | 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 государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия: |
|  | № |  | дата подписания |  | , c |  | 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: |
|  | SMS-информирование; |  | Почтовая рассылка; |
|  | Электронная почта; |  | Телефонный обзвон; |
|  | Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); |  | Иные способы информирования (указать):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Сведения о представителе застрахованного лица[[8]](#endnote-8)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | (число, месяц, год) |
|  | Кем выдан |  |
| 2.11 | Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица: |
|  | Серия |  | Номер |  |  | Дата выдачи |  | (число, месяц, год |
| 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[[9]](#endnote-9): |  |
|  | 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 определённого места жительства[[10]](#endnote-10) |
| 2.15 | Адрес места пребывания[[11]](#endnote-11) (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 |  |

1. **Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |  | Дата: |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя)[[12]](#endnote-12) | (расшифровка подписи) |  (число, месяц, год) |
| Данные подтверждены: |  |  |  |
|  (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) |  | (расшифровка подписи) |
|  | М.П. |  |
|  | Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)[[13]](#endnote-13) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица/его представителя)12 (расшифровка подписи) |
|  |
|  | Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись застрахованного лица/его представителя)12 (расшифровка подписи)

1. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#endnote-ref-1)
2. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#endnote-ref-2)
3. Поле обязательное для заполнения. [↑](#endnote-ref-3)
4. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного. [↑](#endnote-ref-4)
5. Отмечается знаком «V». [↑](#endnote-ref-5)
6. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного. [↑](#endnote-ref-6)
7. Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования. [↑](#endnote-ref-7)
8. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица. [↑](#endnote-ref-8)
9. Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица. [↑](#endnote-ref-9)
10. Отмечается знаком «V». [↑](#endnote-ref-10)
11. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица. [↑](#endnote-ref-11)
12. Нужное подчеркнуть. [↑](#endnote-ref-12)
13. Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**ФОРМА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В |  |
|  | (наименование страховой медицинской организации (филиала)) |
|  | от |  |
|  |  (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
| **о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования** |
| Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V»): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования; |  | в форме выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц; |

в связи с (нужное отметить знаком «V»):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения; |
|  | 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;  |
|  | 3) окончанием срока действия полиса . |

	1. **Сведения о застрахованном лице**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | Фамилия |  | 1.2 Имя |  |
| (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.3 | Отчество (при наличии) |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 1.4 | Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»): |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  | 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; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |  |  13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации; |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |
| 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) |
| 1.5 | Пол:  | муж. |  | жен. |  |  | 1.6 Дата рождения: |  |
|  (нужное отметить знаком “V”) |  | (число, месяц, год) |
| 1.7 | Место рождения: |  |
|  (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
|  |  |
| 1.8 | Вид документа, удостоверяющего личность |  |
| 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: |
| а) | почтовый индекс |  |  |  |  |  |  | б) субъект Российской Федерации |  |
|  |  (республика, край, область, округ) |
| в) | район |  | г) город |  |
| д) | населенный пункт |  | е) улица |  |
|  (село, поселок и т.п.) | (проспект, переулок и т.п.) |
| ж) | № дома (владения) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира (ком.) |  |
| к) | дата регистрации по месту жительства |  |
|  | лицо без определённого места жительства |
| 1.13 | Адрес места пребывания (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 т.п.) | (проспект, переулок и т.п.) |
| ж) | № дома (владение) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира (ком.) |  |
| 1.14 | Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:  |
| 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 (временное проживание) 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 государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия: |
|  | № |  | дата подписания |  | , c |  | 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 1.20 | 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: |
|  |  | SMS-информирование; |  | Почтовая рассылка; |
|  |  | Электронная почта; |  | Телефонный обзвон; |
|  |  | Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); |  | Иные способы информирования (указать):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

	1. **Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.1 | Фамилия |  | 2.2 Имя |  |
| (указывается в точном соответствии с записью в полисе) |
| 2.3 | Отчество (при наличии) |  |
|  (указывается в точном соответствии с записью в полисе) |
| 2.4 | Пол:  | муж. |  | жен. |  |  | 2.5 Дата рождения |  |
|  (нужное отметить знаком “V”) |  |  (число, месяц, год) |

	1. **Сведения о представителе застрахованного лица**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3.1 | Фамилия |  | 3.2 | Имя |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 3.3 | Отчество (при наличии)  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) |
| 3.4 | Пол: | муж. |  | жен. |  |  | 3.5 | Дата рождения: |  |
|  | (нужное отметить знаком “V”) |  |  |  |  | (число, месяц, год) |
| 3.6 | Гражданство: |  |
|  | (название государства; лицо без гражданства) |
| 3.7 | Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком “V”): |  | Мать |  | Опекун |  | Усыновитель |
|  |  | Отец |  | Попечитель |
| 3.8 | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.9 | Серия |  |  Номер |  | 3.10 Дата выдачи |  | (число, месяц, год) |
|  | Кем выдан |  |
| 3.11 | Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица: |
|  | Серия |  | Номер |  |  | Дата выдачи |  | (число, месяц, год |
| 3.12 | Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) |  |
| 3.13 | Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) |  |
| 3.14 | Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: |  |
|  | 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 определённого места жительства |
| 3.15 | Адрес места пребывания (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.) |  |
| 3.16 | Телефон (с кодом): мобильный |  | домашний |  | служебный |  |
| 3.17 | Адрес электронной почты |  |

	1. **Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  | Дата: |  |
|  (подпись застрахованного лица/его представителя) | (расшифровка подписи) |  | (число, месяц, год) |
| Данные подтверждены: |  |  |  |
|  (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) |  |  (расшифровка подписи) |
|  |  | М.П. |  |
|  | Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте. |
|  |

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

(подпись застрахованного лица/его представителя)14 (расшифровка подписи)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. |
|  |

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

(подпись застрахованного лица/его представителя)14 (расшифровка подписи) [↑](#endnote-ref-13)