|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | В | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | (наименование страховой медицинской организации (филиала)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | от | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **о выборе (замене) страховой медицинской организации1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"):   |  |  | | --- | --- | |  | 1.Выбором страховой медицинской организации | |  | 2.Заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года | |  | 3.Заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства | |  | 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 (нужное отметить "V"):   |  |  | | --- | --- | |  | 1. в форме бумажного бланка |  |  |  | | --- | --- | |  | 2. отказ от получения полиса |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | |  |     Номер полиса2: Отсутствует3  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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)  **УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**  **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. Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность (при отсутствии ставится прочерк))   |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |      * 1. Пол: **Муж.** **Жен.**  (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 лицом3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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 Федерации4: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 жительства5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.13 | | | Адрес места пребывания6 (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 Федерации7: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 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 лица8**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | |  | По доверенности | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | |
| 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 Федерации9: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 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 жительства10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.15 | Адрес места пребывания11 (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)3 | | | | (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)3 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](consultantplus://offline/ref=798515D39B476E5701E71ADAEC34BF359CF7673A950CCAF7293B7593A9DACC1286561D9460898D63j5ZDI) 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)