Приложение N 6

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов  (введено [Приказом](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F539874B136815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B47C01C2047C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J) Минздрава России от 13.12.2022 N 789н) |  |

Форма

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации (филиала)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации [<1>](#Par70)

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я

являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по

обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации

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

Наименование страховой медицинской организации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в связи с (нужное отметить знаком "V"): | | | | |
|  | 1) выбором страховой медицинской организации; |  | и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F43D80401A6815B8C94CA21A6E8BAFE6639BD67A44D91D2D529FBB48iDj3J) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" полис обязательного медицинского страхования (нужное отметить знаком "V"): | |
|  | 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; |  |  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |  |  | 2) отказ от получения полиса |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса [<2>](#Par71): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует [<3>](#Par73) |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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) | | | | | | | | | | |

--------------------------------

<1> При заполнении заявления исправления не допускаются.

<2> Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского

страхования единого образца.

<3> Отмечается знаком "V", если полис обязательного медицинского

страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

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>](#Par324)) ┌─┐ ┌─┐

1.3 Отчество (при наличии) [<2>](#Par325) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F23687401A6815B8C94CA21A6E8BAFE6639BD67A44D91D2D529FBB48iDj3J) "О беженцах"; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с [договором](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F23C84441C6815B8C94CA21A6E8BAFE6639BD67A44D91D2D529FBB48iDj3J) 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](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F23687401A6815B8C94CA21A6E8BAFE6639BD67A44D91D2D529FBB48iDj3J) "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](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F33E8B431A6815B8C94CA21A6E8BAFE6639BD67A44D91D2D529FBB48iDj3J)

от 25 июля 2002 года N 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>](#Par326) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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>](#Par327):

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

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) N дома (владения) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐

│ │ лицо без определенного места жительства [<5>](#Par328)

└─┘

1.13 Адрес места пребывания [<6>](#Par329) (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) N дома (владение) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в

Российской Федерации [<7>](#Par330):

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:

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F23C84441C6815B8C94CA21A6E8BAFE6639BD67A44D91D2D529FBB48iDj3J) 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): |

2. Сведения о представителе застрахованного лица [<8>](#Par331)

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 [<\*>](#Par336) Пол: муж. │ │ жен. │ │ 2.5 [<\*>](#Par336) Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

└─┘ └─┘ (число, месяц, год)

(нужное отметить знаком "V")

2.6 [<\*>](#Par336) Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

2.7 Статус законного представителя │ │ Мать │ │ Опекун │ │Усыновитель

застрахованного лица ├─┤ ├─┤ └─┘

(нужное отметить знаком "V"): │ │ 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 [<\*>](#Par336) Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного

представителя застрахованного лица:

Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.12 [<\*>](#Par336) Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

(при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.13 [<\*>](#Par336) Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_

2.14 [<\*>](#Par336) Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации [<9>](#Par332):

┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

а) почтовый индекс│ │ │ │ │ │ │ б) субъект Российской

└─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ж) N дома (владения) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐

│ │ лицо без определенного места жительства [<10>](#Par333)

└─┘

2.15 [<\*>](#Par336) Адрес места пребывания" [<11>](#Par334) (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) N 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись застрахованного лица/ (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

его представителя) [<3>](#Par326)

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись представителя страховой (расшифровка подписи)

медицинской организации (филиала)

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>](#Par326) и получение выписки

о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной

почте.

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

(подпись застрахованного лица/ (расшифровка подписи)

его представителя) [<12>](#Par335)

┌─┐

│ │ Согласие на обработку персональных данных в соответствии с [частью 4](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F53681431B6815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B47C5152647C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J)

└─┘ статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 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/ (расшифровка подписи)

его представителя) [<12>](#Par335)

--------------------------------

<1> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

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

<3> Поле обязательное для заполнения.

<4> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<5> Отмечается знаком "V".

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

<7> Для лиц, указанных в [частях 3](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F5398A411C6815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B46C2192547C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J), [4](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F5398A411C6815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B46C2192047C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J), [5](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F5398A411C6815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B46C2192C47C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J), [6](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F5398A411C6815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B46C2182647C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J) и [7 пункта 14](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F5398A411C6815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B46C2182147C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J) Правил обязательного медицинского страхования.

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

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

<10> Отмечается знаком "V".

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

<12> Нужное подчеркнуть.

<\*> Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного [пунктом 34](consultantplus://offline/ref=C3AA87EFC11A8620125C508EB8FE5ABD51F5398A411C6815B8C94CA21A6E8BAFF463C3DA7B46C1152647C9EA0E85DEC4BB0BEC14E39DE690i4j5J) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н.