

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)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключённого с трудящимся государства - 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 : _____

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 прибывания : _____

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;

Электронная почта;

Информирование по средствам системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);

Почтовая рассылка;

Телефонный обзвон

Иные способы информирования (указать) _____

2. 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: _____
(нужно отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6* Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

2.7. Статус законного представителя застрахованного лица Мать Опекун Усыновитель
(нужно отметить знаком "V"): Отец Попечитель По доверенности

2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом

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 Федерации⁹:

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область,

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 _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его _____ Дата: _____
(расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____ (расшифровка подписи)
(подпись представителя страховой 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)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.

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, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 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 Нужно подчеркнуть.

13 Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на _____.