

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 \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.2 Имя \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4 Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;  |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;  |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;   |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства;  |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;   |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;  |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;  |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;   |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;  |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;  |
| <input type="checkbox"/> | 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; |
| <input type="checkbox"/> | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);   |
| <input type="checkbox"/> | 13) должностное лицо Комиссии;   |
| <input type="checkbox"/> | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации;   |
| <input type="checkbox"/> | 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;  |
| <input type="checkbox"/> | 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<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1.7 Место рождения: \_\_\_\_\_

(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<sup>4</sup>:

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 (ком.) \_\_\_\_\_

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

лицо без определенного места жительства<sup>5</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>6</sup> (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 (владения) \_\_\_\_\_

з) корпус (строение) \_\_\_\_\_

и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>7</sup>:

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 \_\_\_\_\_,  
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 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 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:

<input type="checkbox"/>	SMS-информирование;	<input type="checkbox"/>	Почтовая рассылка;
<input type="checkbox"/>	Электронная почта;	<input type="checkbox"/>	Телефонный обзвон;
<input type="checkbox"/>	Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	<input type="checkbox"/>	Иные способы информирования (указать):

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>8</sup>

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 Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

2.5 Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_  
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<sup>9</sup>:

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 \_\_\_\_\_ ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_  
(проспект, переулок и т.п.)

з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

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

лицо без определенного места жительства<sup>10</sup>

2.15 Адрес места пребывания<sup>11</sup> (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 \_\_\_\_\_ ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_  
(проспект, переулок и т.п.)

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 представителя)<sup>12</sup> \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(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 контактными 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)<sup>13</sup> и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

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

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

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

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком «V».

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

<sup>7</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

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

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

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

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

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>13</sup> Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на \_\_\_\_\_.