

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>)

1.3 Отчество (при наличии) <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"):

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

(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>:

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>

1.13 Адрес места пребывания <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 другие)

(проспект, переулок и другие)

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

к) дата регистрации по месту жительства _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации <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 _____, 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 _____

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"/>	Электронная почта;
<input type="checkbox"/>	Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);

<input type="checkbox"/>	Почтовая рассылка;
<input type="checkbox"/>	Телефонный обзвон;
<input type="checkbox"/>	Иные способы информирования (указать):

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) <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 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/
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 [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.
 - <*> Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного [пунктом 34](#) Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н.