

## 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 ИВАНОВ 1.2 Имя ИВАН

1.3 Отчество (при наличии) ИВАНОВИЧ

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

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1) работающий гражданин РФ   | <input type="checkbox"/> 11) временно пребывающий на территории РФ в соответствии с договором о ЕАЭС, подписанным в г Астане 29 мая 2014г. трудящийся иностранный гражданин государств-членов ЕАЭС |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин                              | <input type="checkbox"/> 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии  |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин                               | <input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Евразийской экономической комиссии   |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства  | <input type="checkbox"/> 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории РФ   |
| <input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»    | <input type="checkbox"/> 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия;   |
| <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин РФ  | <input type="checkbox"/> 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.  |
| <input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в РФ иностранный гражданин                            |  |
| <input type="checkbox"/> 8) неработающий временно проживающий в РФ иностранный гражданин                             |  |
| <input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства  |  |
| <input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах» |  |

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

Иванов

(подпись застрахованного лица или его

1.6. Дата рождения 01.01.2000

1.7 Место рождения НОВОСИБИРСК

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 ПАСПОРТ РФ

1.9. Серия 50 20 Номер 000000 1.10 Дата выдачи 01.01.2020

Кем выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

1.11 Гражданство Российская Федерация

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: а) Почтовый индекс 633011

б) Субъект Российской Федерации НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬв) Район ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫЙ г) Город НОВОСИБИРСК

д) Населенный пункт

е) Улица ЛЕНИНА

ж) Номер дома 1 з) Корпус и) Квартира 1 к) Дата регистрации 01.01.2000 0:00:00

 Лицо без определенного места жительства

1.13. Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства): а) Почтовый индекс

б) Субъект Российской Федерации

в) Район г) Город

д) Населенный пункт

е) Улица

ж) Номер дома з) Корпус и) Квартира к) Дата регистрации

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации (для лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих в Российской Федерации; для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации, для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»)

а) Вид документа ПАСПОРТ РФ б) Серия 50 20 в) Номер 000000 г) Дата выдачи 01.01.2020Кем выдан ГУ МВД РОССИИ ПО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимися государства-члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия : № \_\_\_\_\_ дата подписания \_\_\_\_\_ с по \_\_\_\_\_ Наименование организации,

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

- б) Субъект Российской Федерации  
в) Район г) Город  
д) Населенный пункт  
е) Улица  
ж) Номер дома з) Корпус и) Квартира к) Дата регистрации  
Срок пребывания С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): 000-000-000 00 (при наличии)

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): домашний , сотовый (000)000-0000, служебный

1.21.2 Адрес электронной почты:

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

<input checked="" 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

2.1 Фамилия 2.2 Имя

2.3 Отчество

2.4 Пол  муж  жен (нужное отметить знаком "V")

2.5 Дата рождения:

2.6 Гражданство:

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>	Мать	<input type="checkbox"/>	Опекун	<input type="checkbox"/>	Усыновитель
<input type="checkbox"/>	Отец	<input type="checkbox"/>	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 \_\_\_\_\_

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: а) Почтовый индекс \_\_\_\_\_

б) Субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

в) Район г) Город \_\_\_\_\_

д) Населенный пункт \_\_\_\_\_

е) Улица \_\_\_\_\_

ж) Номер дома 0 з) Корпус и) Квартира 0 к) Дата регистрации \_\_\_\_\_

лицо без определённого места жительства

2.15 Адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства): а) Почтовый индекс \_\_\_\_\_

б) Субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

в) Район г) Город \_\_\_\_\_

д) Населенный пункт \_\_\_\_\_

е) Улица \_\_\_\_\_

ж) Номер дома 0 з) Корпус и) Квартира 0 к) Дата регистрации \_\_\_\_\_

2.16 Телефон (с кодом): домашний , сотовый , служебный

2.17 Адрес электронной почты:

## 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(подпись застрахованного лица/его представителя)

(расшифровка подписи)

Дата: 01.01.2023

(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 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 поря, получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризац диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе ОМС из единого регис застрахованных лиц по электронной почте.

(подпись застрахованного лица/его представителя)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(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 ко основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопл хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

(подпись застрахованного лица/его представителя)

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

(расшифровка подписи)