Приложение N 6

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

Форма

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

 (наименование страховой медицинской организации (филиала)

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выборе (замене) страховой медицинской организации <1>

 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 "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>: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует <3> |  |
|  |
| (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>) ┌─┐ ┌─┐

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):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 "О беженцах"; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  | 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; |
|  | 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 "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 временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим 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 (владение) \_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_

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:

 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 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>

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 └─┘ └─┘ (число, месяц, год)

 (нужное отметить знаком "V")

2.6 <\*> 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 <\*> 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 <5>:

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 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>

└─┘

2.15 <\*> Адрес места пребывания" <11> (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>

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> и получение выписки

 о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной

 почте.

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

 (подпись застрахованного лица/ (расшифровка подписи)

 его представителя) <12>

┌─┐

│ │ 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/ (расшифровка подписи)

 его представителя) <12>

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

<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> Нужное 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.