



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 <a href="#">законом</a> "О беженцах";
3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;	11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с <a href="#">договором</a> 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 <a href="#">законом</a> "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 государством - 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:

<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 <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: \_\_\_\_\_  
(нужное отметить знаком "V") (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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
его представителя) <3> (число, месяц, год)

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 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/ (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> 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.

---