Генеральному директору ООО «СМК Забайкалмедстрах» Шелеховой Н.В.

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

фамилия, имя, отчество (при наличии)

место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ[[1]](#footnote-1)**

**о предоставлении перечня оказанных медицинских услуг и их стоимости**

**(на основании принятых от медицинских организаций счетов и реестров счетов за оказанную медицинскую помощь)**

Прошу предоставить мне перечень медицинских услуг за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.**[[2]](#footnote-2)**, оказанных застрахованному лицу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[3]](#footnote-3), и их стоимости.

1. **Сведения о застрахованном лице**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 1. Фамилия, имя, отчество (при   наличии): | | |  |
|  | | | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность[[4]](#footnote-4)) |
| 1.2. Дата рождения: |  | | |
| * 1. Номер полиса ОМС: |  | | |
| 1.4. Контактная информация: 1.4.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 1.4.2. Адрес электронной почты: | |  | |

**2. Сведения о представителе застрахованного лица**[[5]](#footnote-5)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.1. Фамилия, имя, отчество (при  наличии): | | |  | | | | | |
|  | | | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) | | | | | |
| 2.2. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в разделе 1 заявления[[6]](#footnote-6): | | | | |  | | | |
| 2.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: | | | | | | |  | |
| 2.4. Серия: |  | | | | | 2.5. Номер: | |  |
| 2.6. Дата выдачи: | |  | | | | | | |
| 2.7. Кем выдан: | |  | | | | | | |
| |  | | --- | | 2.8. Контактная информация: 2.8.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 2.8.2. Адрес электронной почты: | | | |  | | | | |

|  |
| --- |
| * 1. Основание[[7]](#footnote-7): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Настоящим даю согласие оператору – ООО «СМК Забайкалмедстрах», юридический адрес: г. Чита, ул. Лермонтова, 2, на обработку моих персональных данных, указанных мною выше в настоящем заявлении, то есть на совершение действий, предусмотренных [п.3 ст.3](consultantplus://offline/ref=FD22F3F174024526B61A72CDDC4927CAD45290C34708D2F32F41DD5394A5A1E0ED3068A6351BE8B9J1a3H) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", с целью предоставления перечня оказанных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[8]](#footnote-8) медицинских услуг и их стоимости. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю. 2. Перечень оказанных медицинских услуг и их стоимости прошу предоставить (по почтовому адресу, по электронной почте, при личном приёме – нужное подчеркнуть):   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (почтовый адрес / адрес электронной почты) | | | |
|  | |  | **Дата:** |
| Подпись заявителя, расшифровка подписи | |  | (число, месяц, год) |
|  | | | |
| **Заявление принял:** |  |  |  |
| Подпись представителя страховой медицинской организации | |  | Расшифровка подписи |

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#footnote-ref-1)
2. Указывается период оказания медицинских услуг. [↑](#footnote-ref-2)
3. Указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-3)
4. Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении. [↑](#footnote-ref-4)
5. Заполняется в случае составления заявления представителем (в том числе законным представителем) застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-5)
6. Указать кем приходится заявитель застрахованному лицу (например, мать, отец, доверенное лицо, другое). [↑](#footnote-ref-6)
7. Указать наименование, дату и номер документа, на основании которого представитель (в том числе законный представитель) имеет право получать перечень оказанных застрахованному лицу медицинских услуг и их стоимости. [↑](#footnote-ref-7)
8. Указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица. [↑](#footnote-ref-8)