

В \_\_\_\_\_  
 (наименование страховой медицинской организации (филиала))  
 от \_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество (при наличии))

**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 \_\_\_\_\_ 1.2 Имя \_\_\_\_\_  
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность<sup>1</sup>)

1.3 Отчество (при наличии)<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ 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 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_  
 (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<sup>4</sup>:

а) почтовый индекс \_\_\_\_\_ б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
 (республика, край, область, округ)

в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
 д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
 (село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определённого места жительства<sup>5</sup>

1.13 Адрес места пребывания<sup>6</sup> (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 т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>7</sup>:

а) вид документа \_\_\_\_\_

б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

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.

- 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:  
№ \_\_\_\_\_ 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<sup>8</sup>

- 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  Отец  Опекун  Попечитель  Усыновитель  По доверенности
- 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 \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)
- 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<sup>9</sup>:  
а) почтовый индекс       б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ (республика, край, область, округ)
- в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_  
д) населенный пункт \_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_  
ж) № дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира (ком.) \_\_\_\_\_  
к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
 лицо без определённого места жительства<sup>10</sup>
- 2.15 Адрес места пребывания<sup>11</sup> (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) № 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/его представителя)<sup>12</sup> \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ (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 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)<sup>13</sup> и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/его представителя)<sup>12</sup> \_\_\_\_\_ (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 копии основного

<sup>8</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<sup>9</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

<sup>10</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>11</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

<sup>12</sup> Нужно подчеркнуть.

<sup>13</sup> Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на \_\_\_\_\_.

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)<sup>12</sup>

(расшифровка подписи)