



	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 _____	
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>	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.) _____
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 _____	
1.15	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:	
	<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 <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. <input type="checkbox"/> жен. <input type="checkbox"/>	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"):	<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 _____	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 <input type="text"/>	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 _____	
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>	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.) _____
2.16	Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____	
2.17	Адрес электронной почты _____	
3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю		
_____ Дата: _____		
(подпись застрахованного лица/его представителя) <sup>3</sup> (расшифровка подписи)		(число, месяц, год)
Данные подтверждены: _____		_____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))		(расшифровка подписи)

☐ Согласен (согласна) на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактными данными в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (3) (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

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

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

<sup>1</sup> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

<sup>2</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>3</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>4</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<sup>5</sup> Отмечается знаком "V".

<sup>6</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<sup>7</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 16 Правил обязательного медицинского страхования.

<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.

\*Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 41 Правил обязательного медицинского страхования.