Приложение N 1

к Правилам обязательного медицинского

страхования, утвержденным приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 21 августа 2025 г. N 496н

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

 (наименование страховой медицинской организации (филиала)

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выборе (замене) страховой медицинской организации [<1>](#P1664)

 Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я

являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по

обязательному медицинскому страхованию, в 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=497285) от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (отметить знаком "V" при необходимости): |
|  | 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; |  |
|  | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |  |  | выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц; |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса [<2>](#P1665): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует [<3>](#P1667) |  |
|  |
| (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>](#P1917)) ┌─┐ ┌─┐

1.3 Отчество (при наличии) [<2>](#P1918) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=449430) "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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=449430) от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" (далее - Федеральный закон "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 Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |  |  | 16) Гражданин Российской Федерации, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

|  |
| --- |
| Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=505899) от 25.07.2002 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>](#P1919) |  |
|  | (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>](#P1920):

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 а) почтовый индекс │ │ │ │ │ │ │ б) субъект Российской

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┘ Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (республика, край,

 область, округ)

 в) район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 д) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ е) улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (село, поселок (проспект, переулок

 и другие) и другие)

 ж) N дома (владения) \_\_ з) корпус (строение) \_\_ и) квартира (ком.) \_

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

 ┌─┐

 │ │ лицо без определенного места жительства [<5>](#P1921)

 └─┘

1.13 Адрес места пребывания [<6>](#P1922) (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 (проспект, переулок

 и другие) 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>](#P1923):

 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=476082) 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>](#P1924)

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 [<\*>](#P1929) Пол: муж. │ │ жен. │ │ 2.5 [<\*>](#P1929) Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 └─┘ └─┘ (число, месяц, год)

 (нужное отметить знаком "V")

2.6 [<\*>](#P1929) 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 [<\*>](#P1929) Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного

 представителя застрахованного лица:

 Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.12 [<\*>](#P1929) Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

 (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.13 [<\*>](#P1929) Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_

2.14 [<\*>](#P1929) Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации [<9>](#P1925):

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 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>](#P1926) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 └─┘

2.15 [<\*>](#P1929) Адрес места пребывания [<11>](#P1927) (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/его представителя) [<12>](#P1928) |  | (расшифровка подписи) |  |  | (число, месяц, год) |

Данные подтверждены: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись представителя страховой (расшифровка подписи)

 медицинской организации (филиала)

 М.П.

┌─┐

│ │ 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 контактным данным в рамках

 законодательства сфере обязательного медицинского страхования

 (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических

 медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное

 информирование) [<3>](#P1919) и получение выписки о полисе из единого регистра

 застрахованных лиц по электронной почте.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись застрахованного лица/его представителя) [<12>](#P1928) |  | (расшифровка подписи) |

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

<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 [подпунктах 3](#P121), [4](#P125), [5](#P131), [6](#P133) и [7 пункта 16](#P139) 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 41](#P249) Правил обязательного медицинского страхования.