

- 1.6 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)
- 1.7 Место рождения: _____
(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 _____ 1.9. Номер _____
- 1.10 Дата выдачи _____
- 1.11 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
- 1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁷:
- а) почтовый индекс _____
- б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)
- е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
- к) дата регистрации по месту жительства _____
 лицо без определённого места жительства⁸
- 1.13 Адрес места пребывания⁹ (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 _____
(село, поселок и т.п.)
- е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
- 1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹⁰:
- 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 – членом 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) вид документа _____
- б) серия _____ в) номер _____
- г) кем и когда выдан _____
- д) с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)
- 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) _____
- 1.21 Контактная информация:
- 1.21.1 Телефон (с кодом): _____ домашний _____ служебный _____
- 1.21.2 Адрес электронной почты _____

⁶ Поле обязательное для заполнения.

⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁸ Отмечается знаком «V».

⁹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

¹⁰ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹¹

- 2.1 Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 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 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужное отметить знаком "V")
- 2.5 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
-
- 2.6 Серия _____ 2.7. Номер _____
- 2.8 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)
- 2.9 Контактный телефон: код _____ дома _____ служебный _____
шный _____
- 2.10 Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.
- 2.11 Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.
- 2.12 Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным законом "О беженцах», выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил.
- 2.13 Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения временное проживание.
- 2.14 Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государством - членом ЕАЭС.
- 2.15 Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹²

(расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала))

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹³

(расшифровка подписи)

НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Ознакомлен(а) с тем, что временное свидетельство действительно 45 рабочих дней (срок оформления и выдачи полисов ОМС), обязуюсь получить полис ОМС в течение данного срока

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴

(расшифровка подписи)

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение на всех этапах оказания медицинской помощи, 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).¹⁵

Отказ от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер)

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁶

(расшифровка подписи)

¹¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

¹² Нужно подчеркнуть.

¹³ Нужно подчеркнуть.

¹⁴ Нужно подчеркнуть.

¹⁵ Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией ООО ВТБ МС Вы можете на сайте www.vtbms.ru или по телефону контакт-центра 8-800-100-80-05

¹⁶ Нужно подчеркнуть.