



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>1</sup> \_\_\_\_\_.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

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 \_\_\_\_\_ 1.10 Номер \_\_\_\_\_ 1.11 Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.12. Гражданство (название государства; лицо без гражданства) \_\_\_\_\_

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации<sup>2</sup>:

лицо без определённого места жительства (отмечается знаком «V»)

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 \_\_\_\_\_

1.14. Адрес места пребывания<sup>3</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 (село, поселок и т.п.) \_\_\_\_\_

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

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

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>4</sup>:

а) Вид документа \_\_\_\_\_

б) Серия \_\_\_\_\_ в) Номер \_\_\_\_\_

г) Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.16. 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 (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ по (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

1.17. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством- членом ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия

1.18. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории РФ

1.19. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств- членов ЕАЭС на ОМС

1.20. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания

1.21. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

1.22. Контактная информация:

1.22.1. Телефон (с кодом): домашний: \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

1.22.2. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>5</sup>

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_

2.2. Имя \_\_\_\_\_

2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>2</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного

<sup>3</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

<sup>4</sup> Для лиц, указанных в частях 3,5,6 и 7 пункта 9 Правил ОМС

<sup>5</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором  
указаны в заявлении (нужное отметить знаком "V")

мать  отец  иное

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 \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

2.6 Серия \_\_\_\_\_ 2.7 Номер \_\_\_\_\_ 2.8 Дата выдачи (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

2.9 Контактный телефон (с кодом): домашний: \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

2.10. Гражданам РФ полис выдается без ограничения срока действия.

2.11. Постоянно проживающим на территории РФ 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 ФЗ «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 РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

2.14. Временно пребывающим в РФ 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 РФ 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. Согласие на индивидуальное информационное сопровождение СМО.

Даю согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи меня / застрахованного лица, представителем которого я являюсь. \_\_\_\_\_

*Подпись застрахованного лица/его представителя (нужное подчеркнуть) и её расшифровка*

### 4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

Разрешаю обработку предоставленных лично мной персональных данных с целью регистрации меня (гражданина, представителем которого я являюсь) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию в страховой медицинской организации ООО МСО «Панацея» и осуществления реализации моих прав в сфере обязательного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством РФ. Настоящее согласие дается на осуществление следующих действий в отношении персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, совершаемых с использованием и без использования средств автоматизации, включая, без ограничения: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), передачу, извлечение, использование, блокирование, уничтожение персональных данных, а также любых иных действий с учетом действующего законодательства РФ.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме, если иное не установлено федеральным законом.

\_\_\_\_\_  
*Подпись застрахованного лица/его представителя (нужное подчеркнуть) и её расшифровка*

**Заявление принял** \_\_\_\_\_

*Подпись представителя СМО (филиала) и её расшифровка*

Дата \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Дата \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

**Выдано временное свидетельство №** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Подпись застрахованного лица/его представителя (нужное подчеркнуть) и её расшифровка*

Дата \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

**М.П.**