

СПРАВКА-ПРИЛОЖЕНИЕ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Я, нижеподписавшийся(-яся) _____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____, Документ удостоверяющий личность _____,

Контактные данные _____

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

2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, **подтверждаю свое согласие на обработку ООО ВТБ МС моих (представляемого мною гражданина) персональных данных**, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату рождения; место рождения; адрес и дату регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; серию, номер и дату выдачи документа, удостоверяющего личность; номер пенсионного страхового свидетельства (СНИЛС); телефон; адрес электронной почты; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования.

3. **Согласен(на) на устное или письменное индивидуальное информационное сопровождение** на всех этапах оказания медицинской помощи в соответствии с Правилами ОМС, а так же информирование о готовности полиса; об открытии, закрытии, изменении адреса или режима работы пункта выдачи полисов ОМС; о возможности прохождения диспансеризации / профилактических медицинских осмотров, о прохождении диспансерного наблюдения (при необходимости), и иное информирование в рамках законодательства ОМС по указанным мной контактными данным (e-mail сообщение, приложение-мессенджер, смс-сообщение, оповещения посредством телефонной связи, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования)

4. **Согласен(на) на сканирование документов**, необходимых для оформления полиса ОМС, и дальнейшее использование полученных скан-копий в соответствии с действующим законодательством в сфере ОМС.

Подпись _____ Дата _____
(число, месяц, год)

ИНФОРМИРОВАНИЕ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ ПО ОМС

Я, нижеподписавшийся(-яся) _____
(фамилия, имя, отчество)

проинформирован(а) о том, что в соответствии с приказом Минздрава РФ от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» профилактический осмотр и диспансеризацию вправе пройти граждане с 18 лет.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- ✓ в качестве самостоятельного мероприятия;
- ✓ в рамках диспансеризации;
- ✓ в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации))

Диспансеризацию можно пройти:

- **1 раз в 3 года** в возрасте от 18 до 39 лет включительно, годом прохождения диспансеризации считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста: 18; 21; 24; 27; 30; 33; 36; 39 лет.
- **ежегодно** в возрасте 40 лет и старше.

Данные обследования проводятся в поликлинике, где Вы получаете первичную медико-санитарную помощь.

С подробной информацией о диспансеризации и профилактическом осмотре, порядке их прохождения Вы можете ознакомиться на сайте ВТБ МС – www.vtbms.ru или у страховых представителей ВТБ МС.

Подпись _____ Дата _____
(число, месяц, год)