



1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации: 10

а) вид документа \_\_\_\_\_  
б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_ г) дата выдачи \_\_\_\_\_  
е) кем выдан \_\_\_\_\_

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временное проживание) 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:  
а) наименование работодателя \_\_\_\_\_ б) дата заключения \_\_\_\_\_  
в) срок действия до \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ в) дата выдачи \_\_\_\_\_  
г) кем выдан \_\_\_\_\_

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  
\_\_\_\_\_

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) \_\_\_\_\_

1.21. Контактная информация:  
1.21.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_  
1.21.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе застрахованного

11

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_ 2.2. Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество \_\_\_\_\_ 2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать  отец  иное   
(при наличии) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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: домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

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 ОМС.

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 на временное проживание.

2.14. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена 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 \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи \_\_\_\_\_ (числ)

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
Подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ М.П.  
(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя 12 \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

### НЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАЯВЛЕНИЮ

Ознакомлен(на) с тем, что временное свидетельство действительно 30 рабочих дней (срок оформления и выдачи полисов ОМС)

Согласен(на) на устное или письменное информирование меня по указанному мной телефону(ам), в том числе СМС- сообщением (обычным или через приложение-мессенджер) и/или по адресу(ам) электронной почты и/или через сервис "Личный кабинет» ООО ВТБ МС о готовности полиса ОМС, об изменении законодательства в сфере ОМС и прочее информирование.

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя 13 \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

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.
4. Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.
5. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.
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.
11. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.
12. Нужно подчеркнуть.
13. Нужно подчеркнуть.