



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

1.3. Отчество (при наличии) <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации;   |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                             |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                              |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства;   |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;    |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации;   |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                           |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;                            |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства;   |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |

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>2</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 \_\_\_\_\_

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 Федерации<sup>3</sup>:

а) почтовый индекс 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<sup>1</sup> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<sup>2</sup> Поле обязательное для заполнения.

<sup>3</sup> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

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 жительства<sup>1</sup>

1.13. Адрес места пребывания<sup>2</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 (владение) \_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации<sup>3</sup>:

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. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

\_\_\_\_\_ при наличии)

1.17. Контактная информация:

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

1.17.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_.

## 2. Сведения о представителе застрахованного лица<sup>4</sup>

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

<sup>1</sup> Отмечается знаком «V».

<sup>2</sup> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

<sup>3</sup> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

<sup>4</sup> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

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, мать  отец  иное  (нужное отметить знаком "✓")  
сведения о котором указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Настоящим даю согласие на получение по указанному мной в настоящем заявлении телефонному номеру информационных SMS-сообщений, содержащих уведомления ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М» о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса обязательного медицинского страхования. Подтверждаю, что информационные SMS-сообщения являются надлежащим уведомлением о сроках оформления, выдаче, отказе в выдаче полиса обязательного медицинского страхования. О возможности и способе отказа от получения информационных SMS-сообщений извещен.

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/его представителя<sup>1</sup>                      Расшифровка подписи

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

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

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

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

\_\_\_\_\_  
Подпись застрахованного лица/ его представителя<sup>2</sup>                      Расшифровка подписи»

<sup>1</sup> Нужно подчеркнуть

<sup>2</sup> Нужно подчеркнуть.