



- 2.12. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.
- 2.13. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.
- 2.14. 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.
- 2.15. 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.
- 2.16. 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.
- 2.17. 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.

Я ознакомлен с Правилами обязательного медицинского страхования, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта РФ. О сроках оформления и выдачи страхового медицинского полиса проинформирован лично. Мне предоставлена информация о правах застрахованного лица в сфере ОМС и контактные телефоны территориального фонда ОМС и СМО, выдавшей полис обязательного медицинского страхования.

Я ознакомлен с Правилами обязательного медицинского страхования, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта РФ. О сроках оформления и выдачи страхового медицинского полиса проинформирован лично. Мне предоставлена информация о правах застрахованного лица в сфере ОМС и контактные телефоны территориального фонда ОМС и СМО, выдавшей полис обязательного медицинского страхования.

### 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

**Подпись** \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 (застрахованного лица / его представителя) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_  
 (число, месяц, год)

**Заявление принял** \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
 (подпись представителя страховой медицинской организации) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_  
 М.П. (число, месяц, год)

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

### **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся(-аяся)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО СМК «Астра-Металл» (далее – Оператор) 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 – в целях оказания услуг по обязательному медицинскому страхованию (ОМС).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС. Я согласен (согласна) получать информационные сообщения на указанный мной номер телефона и/или адрес электронной почты.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) персональными данными с территориальным фондом ОМС и другими субъектами ОМС (в том числе медицинскими организациями) с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных не ограничен.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

(число, месяц, год)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

**Подпись** \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_  
 (число, месяц, год)