

1.15 Адрес места пребывания⁹ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от

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 _____

1.16 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.17 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.17 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)

- -

1.18 Контактная информация

1.18.1 Телефон (с кодом) _____ домашний _____ сотовый _____

1.18.2 Адрес электронной почты _____

1.19 Реквизиты трудового договора трудящегося государства - члена ЕАЭС:

а) ИНН: _____ дата подписания _____ б) серия _____ номер _____

в) срок действия _____

1.20 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на

а) Наименование _____ серия _____ номер _____

б) дата выдачи _____ - в) дата окончания действия _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица

2.1 Фамилия _____

2.2 Имя _____

(при наличии)

2.4 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении

мать отец иное (нужное отметить знаком «V»)

2.5 Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6 Серия _____ 2.7 Номер _____

2.8 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

2.9 Контактный телефон (с кодом): _____ домашний _____ сотовый _____

3 Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись застрахованного лица/его представителя / Расшифровка подписи

4 Я согласен получать информацию рекламного или информационного характера о продуктах и услугах компаний группы ИНГО в виде смс-сообщений указанным мной в заявлении/или по адресу электронной почты

(подпись застрахованного лица или его представителя)

4.1 О получении/об отказе в выдаче полиса/ прошу уведомить: по телефону по электронной почте
в письменной форме по адресу регистрации места жительства в письменной форме по адресу места пребывания

подпись застрахованного лица (представителя)

4.2 Я (мой представляемый) согласен(на) на индивидуальное сопровождение СМО на всех этапах медицинской помощи _____

подпись застрахованного лица (представителя)

Заявление принял: _____ / _____
(подпись представителя страховой медицинской организации) (расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство №: _____ Дата: _____
(число, месяц, год)