

Имя (-а)	
Фамилия (-ии)	
Личный код	
Идентификационный код застрахованного лица	
Адрес (заполняется при желании получить ответ по почте)	
Адрес электронной почты (заполняется при желании получить ответ по эл. почте)	
Другая контактная информация (номер телефона или, при необходимости, ссылки и (или) номера других электронных средств связи)	

**ЗАЯВЛЕНИЕ
УТОЧНИТЬ ДАННЫХ РЕЕСТРА ЛИЦ, ЗАСТРАХОВАННЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ
МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ**

2 0

1. В соответствии с описанием порядка обработки данных Реестра лиц, застрахованных обязательным медицинским страхованием, прошу (*отметьте соответствующее поле*):

1.1. уточнить данные Реестра лиц, застрахованных обязательным медицинским страхованием, и представить документ с соответствующими данными (*представьте соответствующую информацию и укажите, какой документ прилагается*) _____

1.2. приостановить срок действия обязательного медицинского страхования за счёт государственных средств, ранее утверждённого мне как лицу, воспитывающему ребёнка (детей) от (*укажите дату*) _____;

1.3. иное (*предоставьте информацию и укажите, какой документ прилагается*) _____

2. Меня уведомили о том, что мои персональные данные будут обрабатываться в соответствии с пунктом с части 1 статьи 6 Регламента (ЕС) 2016/679 и только в целях обязательного медицинского страхования¹.

3. Прошу отправить ответ на прошение (*отметьте соответствующее поле*):

3.1. Официальным письмом на указанный почтовый адрес;

3.2. По указанной электронной почте;

3.3. Другим способом (*укажите, как заберёте ответ*) _____;

3.4. Мне не нужен письменный ответ.

4. ПРИЛАГАЕТСЯ (*укажите количество страниц в прилагаемом документе*): _____.

Имя, фамилия, подпись

¹ Информация об осуществлении прав субъекта данных: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/asmens-duomenu-apsauga>