

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  
ПОДТВЕРДИТЬ СРОК ДЕЙСТВИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЗА  
СЧЁТ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

2 0 - -

1. В соответствии с описанием порядка обработки данных Реестра лиц, застрахованных обязательным медицинским страхованием, предоставляю персональные данные и прошу подтвердить срок действия обязательного медицинского страхования за счёт государственных средств, поскольку *(отметьте соответствующее поле)*:

- 1.1. Являюсь беременной женщиной и представляю документ с данными о сроке беременности (количество недель беременности или предполагаемая дата родов) для расчёта страхового периода;
- 1.2. Являюсь одним из опекунов (попечителей) и в семье воспитываю ребёнка в возрасте до 8 лет или ухаживаю за двумя и более несовершеннолетними детьми и представляю документ с данными о признании меня опекуном (попечителем) и периодах опеки (попечительства) и данные ребёнка (детей):

Личный код											
Личный код											
Личный код											

1.3. Являюсь пострадавшим в результате событий 13 января 1991 года или других событий в защиту независимости и государственности Литвы и представляю документ с данными о предоставлении соответствующего правового статуса и сроках его действия.

2. Подтверждаю, что не работаю и (или) не имею обязательной медицинской страховки в другой стране Европейского Союза, Европейской экономической зоны и Швейцарской Конфедерации.

3. Заявляю, что вся предоставленная мной информация верна. Знаю, что из-за ложных данных моё заявление будет отклонено или **срок действия моего обязательного медицинского страхования за счёт государственных средств, который уже установлен, будет аннулирован с требованием возмещения убытков из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования.**

4. 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 страхования<sup>1</sup>.

5. Обязуюсь незамедлительно сообщить Больничной кассе об изменении данных, указанных в данном заявлении.

6. Прошу отправить ответ на заявление *(отметьте соответствующее поле)*:

- 6.1. Официальным письмом на указанный почтовый адрес;
- 6.2. По указанной электронной почте;
- 6.3. Другим способом \_\_\_\_\_ *(укажите, как заберёте ответ)*;
- 6.4. Мне не нужен письменный ответ.

7. ПРИЛАГАЕТСЯ *(укажите количество страниц в прилагаемом документе)*: \_\_\_\_\_.

*Имя, фамилия, подпись*

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