

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 (ученика / студента)**

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. Учусь в высшем учебном заведении другой страны Европейского Союза (далее по тексту - ЕС) (или Соединённого Королевства Великобритании и Северной Ирландии, если обучение было начато до 31.12.2020) по очной программе и представляю документ с указанием места обучения, формы обучения, даты начала и окончания обучения для расчёта страхового периода *(укажите количество страниц в прилагаемом документе _____)*;

1.1. Учусь в учебном заведении другой страны ЕС (или Соединённого Королевства Великобритании и Северной Ирландии, если обучение было начато до 31.12.2020) по общеобразовательной программе и представляю документ с указанием места обучения, формы обучения, даты начала и окончания обучения для расчёта страхового периода *(укажите количество страниц в прилагаемом документе _____)*.

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 страхования¹.

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.

Имя, фамилия, подпись

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