

Областное государственное бюджетное учреждение «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Еврейской автономной области» в лице директора Андреевой Риты Александровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Агент», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ДАЛЬ-РОСМЕД», в лице Генерального директора Лазерко Нелли Александровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Принципал» с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Принципал поручает, а Агент обязуется на возмездной основе от имени и за счет Принципала предоставлять гражданам Российской Федерации, проживающих на территории Еврейской автономной области, услуги в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), а именно:

- прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации;
- прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации для ребенка до достижения им совершеннолетия;
- выдача дубликата полиса ОМС;
- переоформление полиса ОМС

1.2. Все действия, указанные в п.1.1 настоящего Договора, Агент осуществляет с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158-н (далее – Правила ОМС), Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2012 № 1376, настоящего Договора и приложений к нему.

1.3. Права и обязанности по сделке, совершенной Агентом, возникают непосредственно у Принципала.

1.4. Условия настоящего Договора не подразумевают и не предусматривают деятельности по ограничению и созданию препятствий для конкуренции на рынке страховых и/или иных услуг, предоставления Принципалу преимуществ по сравнению с другими Страховщиками, осуществляющими свою деятельность на территории Российской Федерации. Условия Договора не могут быть истолкованы в качестве обязанностей Агента прямо или косвенно навязывать гражданам страховые услуги Принципала.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Агент обязан:

2.1.1. Осуществлять прием от застрахованных лиц лично или через их представителей:

- заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации (в т.ч. для ребенка до достижения им совершеннолетия (Приложение № 2);
- заявлений о выдаче дубликата полиса или переоформления полиса ОМС (Приложение № 3).

2.1.2. Осуществлять выдачу (замену) полиса ОМС застрахованному лицу, с предоставлением ему возможности реализации права выбора страховой медицинской организации; выдачу временных свидетельств, подтверждающих оформление полисов ОМС и удостоверяющих право на бесплатное оказание застрахованным лицам медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее – временное свидетельство).

2.1.3. Осуществлять ввод данных застрахованных лиц с использованием комплекса автоматизированной системы ОМС «Регистр

застрахованных».

2.1.2. Соблюдать порядок, установленный Правилами ОМС.

2.1.3. Одновременно с выдачей полиса ОМС обеспечить предоставление застрахованному лицу письменную информацию (Приложение № 1 «Памятка застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования») о правах застрахованных лиц в сфере ОМС в соответствии с Правилами ОМС.

2.1.4. Предоставлять ежемесячно Принципалу отчет о застрахованных лицах и сведения об их изменениях в виде Отчета (Приложение № 4).

2.1.5. Обеспечивать в соответствии с законодательством Российской Федерации хранение бланков строгой отчетности.

2.1.6. Не передавать полномочия, предоставленные Принципалом по настоящему Договору.

2.1.7. В случае расторжения Договора в течение 3-х рабочих дней с момента его расторжения все ранее выданные строгой отчетности, невостребованные застрахованными лицами полисы ОМС и иные документы передать Принципалу.

2.1.8. Информировать застрахованных о готовности полисов ОМС.

2.1.9. Регистрировать заявления о выборе (замене) СМО в журнале регистрации заявлений о выборе (замене) полисов ОМС согласно Приложению № 5 к настоящему договору.

2.1.10. Регистрировать выдачу полисов ОМС в журнале регистрации выдачи полисов ОМС по месту нахождения застрахованных лиц (в том числе с ограниченными возможностями), согласно Приложению № 6 к настоящему договору, с обязательным проставлением подписи застрахованного лица (представителя по доверенности) в получении полиса ОМС.

2.1.11. Предоставлять по требованию Клиента в ходе исполнения Договора следующую информацию о Принципале:

а) полное наименование, адрес (место нахождения), номера телефонов, режим работы его филиалов и представительств;

б) полномочия и деятельность в рамках обязательного медицинского страхования;

в) контактные телефоны, режим работы, адрес (место нахождения);

2.1.12. Составлять ежемесячно Акт выполненных работ (Приложение № 7) и не позднее пятого числа месяца, следующего за отчетным, направлять его на подписание в адрес Принципала.

2.1.13. По возникающим вопросам, связанным с исполнением Услуг, связаться с уполномоченным лицом Заказчика по телефону: 8(426 22) 22-3-55 или посредством электронной почты: dalrosmed@mail.ru.

2.2. Агент вправе:

2.2.1. Запрашивать у Принципала необходимые сведения, касающиеся обязательного медицинского страхования в рамках исполнения взятых на себя обязательств.

2.2.2. Выступать инициатором проведения обучения работников МФЦ в рамках оказания услуг в сфере ОМС.

2.2.3. Получать от Принципала вознаграждение за оказанные услуги.

2.2.4. Приостановить исполнение поручения в случае нарушения Принципалом обязательств по настоящему Договору до устранения Принципалом соответствующего нарушения.

2.3. Агент не вправе:

2.4.1. Передавать свои права и обязанности по настоящему Договору или его части третьим лицам, в том числе, заключать субагентские договоры;

2.4.2. Принимать на себя ответственность и давать обязательства от имени Принципала, не предусмотренные настоящим Договором;

2.4.3. Разглашать и использовать неопубликованную и конфиденциальную информацию, получаемую от Принципала, и любую другую информацию о деятельности Принципала, не определенную Принципалом для разглашения, его деловых операциях или методах осуществления в течение срока действия настоящего Договора или после того, как срок действия настоящего Договора истечет;

2.4. Принципал обязан:

2.4.1. Обеспечить Агента всеми необходимыми нормативными и информационными материалами по обязательному медицинскому страхованию, предусмотренному Правилами ОМС.

2.4.2. Устанавливать на персональные компьютеры работников Агента программное

обеспечение для осуществления работы по оформлению выдачи полисов ОМС и временных свидетельств.

2.4.3. Проводить обучение работников Агента в рамках оказания услуг в сфере ОМС.

2.4.4. Своевременно и в полном объеме обеспечить Агента всеми необходимыми бланками и документами: бланками временных свидетельств, изготовленными полисами ОМС.

Предоставляемые бланки учитываются, как бланки строгой отчетности, подлежат строгому порядку хранения, учета и контроля за использованием.

2.4.5. Оказывать содействие Агенту в надлежащем исполнении взятых на себя обязательств по настоящему Договору путем консультирования по телефону уполномоченных лиц Агента согласно Приложению № 9 к настоящему договору.

2.4.6. Своевременно сообщать Агенту об изменениях в правилах и условиях обязательного медицинского страхования.

2.4.7. Оплачивать услуги Агента в размере, порядке и на условиях, установленных разделом 3 настоящего Договора.

2.4.9. Назначить своих уполномоченных представителей для оперативного взаимодействия с Агентом.

2.5. Принципал вправе:

2.5.1. Требовать от Агента надлежащего исполнения обязательств Принципала.

2.5.2. Осуществлять проверку качества предоставляемых Агентом услуг в сфере ОМС в рамках действия Настоящего Договора.

2.5.3. Обеспечивать конфиденциальность и безопасность персональных данных Клиентов (застрахованных и иных лиц) при их обработке, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

3. ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ, УЧЕТА И ВОЗВРАТА ДОКУМЕНТОВ

3.1. Передача Принципалом Агенту бланков изготовленных полисов ОМС осуществляется на основании акта приема-передачи бланков строгой отчетности (Приложение № 8) еженедельно (понедельник) строго в соответствии с номерами и оттиском печати Принципала. Полисы ОМС сортируются Принципалом по районам и доставляются Агенту. С полисами также передаются реестры в двух экземплярах (один – для Принципала, второй – для Агента), а также отдельные реестры по каждому району.

3.2. Бланки временных свидетельств передаются Принципалом Агенту на основании заявки Агента в строгом соответствии с номерами временных свидетельств и оттиском печати Принципала.

3.3. Учет и хранение бланков временных свидетельств, полисов ОМС осуществляется как хранение бланков строгой отчетности. Невостребованные полисы хранятся 3 месяца, после чего передаются Принципалу.

3.4. Передача заявлений Агентом Принципалу происходит еженедельно (понедельник) с сопроводительным реестром. Вместе с заявлениями с сопроводительным реестром передаются испорченные бланки с указанием их номера.

3.5. В случае утраты бланков полисов ОМС, временных свидетельств Агент в течение суток с момента утраты письменно сообщает Принципалу причины утраты, номера утраченных бланков.

4. АГЕНТСКОЕ ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Расчеты Принципала и Агента по настоящему Договору осуществляются ежемесячно в безналичной форме.

4.2. Размер вознаграждения Агента составляет 50 рублей за одно принятое и оформленное заявление в рамках оказания услуг, предусмотренных настоящим Договором. НДС не облагается на основании подпункта 4.1 пункта 2 статьи 146 НК РФ.

4.3. Ежемесячно до 5 числа, следующего за отчетным, Агент направляет страховой медицинской организации отчет оказанных услуг и акт выполненных работ.

4.4. Принципал в течение 5 рабочих дней с момента получения отчета и акта выполненных работ подписывает их либо направляет Агенту мотивированные возражения.

4.5. Подписанный Принципалом отчет и акт выполненных работ должны быть передан представителю Агента под роспись в течение срока, указанного в п.3.4. Договора.

4.6. В случае не направления Агенту подписанного отчета, акта выполненных работ

или мотивированных возражений о подписании, отчет считается признанным Принципалом.

4.7. На основании принятого Принципалом отчета и акта выполненных работ, Агент выставляет счет Принципалу.

4.8. Перечисление денежных средств по счету осуществляется Принципалом в течение 7 рабочих дней после выставления счета.

4.9. Изменение размера вознаграждения Агента в течение всего срока действия Договора возможно только по взаимному согласию Сторон и оформляются дополнительными соглашениями к настоящему Договору.

5. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. В этом случае срок выполнения договорных обязательств будет продлен на время действия указанных обстоятельств.

5.2. Сторона, которая не в состоянии выполнить свои договорные обязательства, незамедлительно информирует другую Сторону о начале действия указанных обстоятельств.

5.3. Если указанные обстоятельства продолжаются более 2 месяцев, каждая Сторона вправе расторгнуть Договор. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным настоящей статьей, ни одна из Сторон не вправе требовать от другой Стороны возмещение своих убытков. При этом Стороны произведут необходимые взаиморасчеты, которые предполагают оплату исполненных по Договору обязательств.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

6.2. За незаконное хранение, обработку и передачу персональных данных Клиентов, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством о персональных данных Российской Федерации.

6.3. Принципал несет ответственность за своевременность, достоверность и полноту предоставленных Агенту необходимых для его деятельности документов по страхованию, а также иной предоставленной Агенту информации, связанной со страховой деятельностью и необходимой для выполнения его обязательств.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение было вызвано наступлением обстоятельств непреодолимой силы, либо по вине третьих лиц.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Стороны обязуются не передавать прямо или косвенно третьим лицам без заранее полученного в каждом конкретном случае от другой Стороны письменного согласия никакой информации о страхователях, физических и юридических лицах, контактах, способах установления контактов, источниках информации, способах приобретения услуг.

7.2. Стороны предпримут все необходимые меры с тем, чтобы предотвратить передачу полученной ими информации третьим лицам за исключением обстоятельств, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В случае наступления подобных обстоятельств, Сторона, передающая информацию в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, обязуется письменно уведомить об этом другую Сторону по настоящему Договору в течение 5 (пяти) рабочих дней с указанием причин такой передачи.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу после его подписания обеими Сторонами и действует по 31.12.2017.

8.2. Договор ежегодно пролонгируется, если ни одна из Сторон не уведомит другую Сторону о его расторжении.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору совершаются в письменной форме и вступают в силу с момента подписания обеими Сторонами.

8.4. Расторжение настоящего Договора до истечения срока его действия возможно только

по соглашению Сторон, с обязательным условием письменного уведомления другой Стороны о предстоящем расторжении не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения.

8.5. Любая из сторон вправе в любое время расторгнуть настоящий договор уведомив об этом другую сторону не менее чем за один месяц до предполагаемой даты расторжения настоящего договора.

8.6. Расторжение Договора не освобождает Стороны от исполнения взаимных обязательств и произведения расчетов по основаниям, возникшим из настоящего Договора.

9. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

9.1. Стороны будут всячески содействовать сохранению и выполнению принятых на себя намерений и обязательств.

9.2. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами по настоящему Договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров с обязательным соблюдением претензионного порядка досудебного урегулирования.

9.3. В случае невозможности разрешения разногласий, споры подлежат рассмотрению в Арбитражном суде по месту нахождения ответчика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Все дополнения, приложения и изменения к настоящему Договору будут действительными и иметь юридическую силу, если они будут выполнены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

10.2. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

10.3. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу. Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

10.4. Ни одна из Сторон не может передавать третьим лицам свои права и обязанности, вытекающие из настоящего Договора.

10.5. В случае изменения адреса местонахождения, расчетного счета, а также иных реквизитов, указанных в разделе 10 настоящего Договора, Стороны обязаны в письменном виде уведомить об этом друг друга в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня изменения.

10.6. Следующие приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью:
Приложение № 1- Памятка застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.
Приложение № 2- Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации
Приложение № 3- Заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса
Приложение № 4- Отчет о застрахованных лицах
Приложение № 5- Журнал регистрации заявлений о выборе (замене) полисов ОМС
Приложение № 6 - Журнал регистрации выдачи полисов ОМС по месту нахождения застрахованных лиц
Приложение № 7- Акт выполненных работ
Приложение № 8 – Акт приема-передачи БСО
Приложение № 9 – Список уполномоченных лиц Агента

11. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

АГЕНТ

ОГБУ «МФЦ»

Адрес: ЕАО, г. Биробиджан,
проспект 60-летия СССР, 12а
ИНН/КПП 7901530648/790101001
Р/сч. 4060601810400001001023
В УФК по ЕАО
БИК: 049923001
ОГРН 1077901002740

Директор ОГБУ «МФЦ»

Р.А. Андреева

м.п.

ПРИНЦИПАЛ

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «ДАЛЬ-РОСМЕД»
680021, г. Хабаровск, ул. Некрасова, 44
ОГРН 1022701131760
ИНН 2721130120 КПП 272401001
Расчетный счет 40701810242090010218 Филиал
Банка ГПБ (АО) г. Владивосток
К/С 30101810105070000886; БИК 040507886

Генеральный директор
ООО «СК «ДАЛЬ-РОСМЕД»

/Н.А. Лазерко/

м.п.

Памятка застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование (далее - ОМС) - вид обязательного социального страхования, являющийся частью государственной системы социальной защиты населения.

Полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования, на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией (далее - СМО), в которой застрахованы их матери или другие законные представители.

Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья и обязательного медицинского страхования установлены Федеральными законами РФ от 21.11.2011 № 325-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Застрахованные лица имеют право на:

- 1) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС;
- 2) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС в порядке, установленном правилами ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную СМО;
- 3) выбор медицинской организации¹ и врача² (с его согласия) из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 4) получение от территориального фонда ОМС страховой медицинской организации и медицинской организации достоверной информации о видах, качестве и об условиях

¹ Приказ Минздрава России от 24.04.2012 № 404н

² Приказ Минздрава России от 24.04.2012 № 407н

оказания для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний;

7) находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Застрахованные лица для защиты своих законных интересов вправе сообщить СМО сведения по фактам причинения вреда их здоровью третьими лицами (например, в результате ДТП).

Не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

- 1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;
- 2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
- 3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов - по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям;
- 4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний;
- 5) транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований - при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту.

В случаях отказа в предоставлении медицинской

предоставления медицинской помощи:

- 5) защиту персональных данных, необязательных для ведения персонацифицированного учета в сфере ОМС;
- 6) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;
- 7) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 8) защиту прав и законных интересов в сфере ОМС;
- 9) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 10) получение консультаций врачей-специалистов;
- 11) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 12) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 13) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 14) отказ от медицинского вмешательства;
- 15) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 16) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 17) допуск к нему священнослужителя.

Не допускается отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой ОМС и взимание платы за ее оказание.

Наличие информированного добровольного согласия застрахованного лица или его законного представителя на медицинское вмешательство является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства. Застрахованный имеет право на отказ от медицинского вмешательства.

В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, в соответствии с территориальной программой ОМС, устанавливаются предельные сроки ожидания:

- оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме;
- прием врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме;
- проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме;
- проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме;
- оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником застрахованному лицу безотлагательно и бесплатно.

Застрахованные лица обязаны:

- 1) предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- 2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- 3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- 4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин;
- 5) заботиться о сохранении своего здоровья;
- 6) в случаях, предусмотренных законодательством РФ, проходить медицинские осмотры в страждующие заболеваниями, представляющими

помощи в установленном порядке по полису ОМС, выданному в другом субъекте Российской Федерации, следует обращаться в Территориальный фонд ОМС того субъекта РФ, в котором отказано в оказании медицинской помощи, или в СМО, в которой гражданин зарегистрирован в качестве застрахованного лица.

Защиту прав застрахованного лица при его обращении за медицинской помощью осуществляет страховая медицинская организация, в которой гражданин зарегистрирован в качестве застрахованного лица.

С законодательством об ОМС в Российской Федерации, в т. ч. с Правилами ОМС, Базовой и Территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации и иностранцам медицинской помощи, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, Вы можете ознакомиться на сайте: www.dalrosmed.ru

МЫ ДОРОЖИМ ВАШИМ ДОВЕРИЕМ!

Адрес центрального офиса:
г. Хабаровск, ул. Тургенева, д. 46
Тел.: 8(42 12) 41-61-55, 41-61-00
E-mail: drmdik19@mail.ru
Web: www.dalrosmed.ru

Хабаровский краевой фонд
обязательного медицинского страхования
Адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Фрунзе, д. 69
Тел.: 8(42 12) 97-03-33
E-mail: khfms@khfoms.ru
Web: www.khfoms.ru

Об адресах пунктов выдачи полисов и режимах Работы узнавайте по телефону бесплатной Круглосуточной «горячей линии» или На сайте компании:

8 800 700 17 47
www.dalrosmed.ru

ДальросМед
8 800 700 17 47
www.dalrosmed.ru

ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ООО «СК «ДАЛЬ-РОСМЕД»

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- 1) работающий гражданин Российской Федерации;
- 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- 4) работающее лицо без гражданства;
- 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
- 6) неработающий гражданин Российской Федерации;
- 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин;
- 9) неработающее лицо без гражданства;
- 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»;
- 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС;
- 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия);
- 13) должностное лицо Комиссии;
- 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации.

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом⁶ _____.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения: _____

(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____

1.9. Серия _____ 1.9. Номер _____

1.10. Дата выдачи _____

1.11. Гражданство: _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁷:

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 _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства⁸

1.13. Адрес места пребывания⁹ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс

--	--	--	--	--	--	--

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

⁶ Поле обязательное для заполнения.
⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
⁸ Отмечается знаком «V».

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 _____

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹⁰:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

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

1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия: № _____ дата подписания _____, с _____ по _____

наименование организации, город _____

1.17. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц, и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

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

1.18. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование _____

1.19. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____

_____ с _____ по _____

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.21. Контактная информация:

1.21.1. Телефон (с кодом): _____ домашний _____ служебный _____

1.21.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹¹

2.1. Фамилия _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, _____ мать _____ отец _____ иное (нужное отметить знаком "V")
сведения о котором указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____

¹⁰ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

¹¹

2.6. Серия _____

2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____

(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: _____

код _____

домашний _____

служебный _____

2.10. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

2.11. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

2.12. 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.

2.13. 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.

2.14. 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 государства - члена ЕАЭС.

2.15. 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.

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹²

(расшифровка подписи)

Дата: _____

(число, месяц, год)

Заявление принял: _____

(подпись представителя страховой
медицинской организации (филиала))

(расшифровка подписи)

медицинской организации (филиала)

Выдано временное свидетельство № _____

М.П.

Дата: _____

(число, месяц, год)

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹³

(расшифровка подписи)

¹² Нужно подчеркнуть

В _____
(наименование страховой медицинской организации (фактала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса ¹

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V»):

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования; | <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования | <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |

в связи с (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства; |
| <input type="checkbox"/> | 2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе; |
| <input type="checkbox"/> | 3) ветхостью и непригодностью полиса; |
| <input type="checkbox"/> | 4) утратой ранее выданного полиса; |
| <input type="checkbox"/> | 5) окончанием срока действия полиса ² . |

I. Сведения о застрахованном лице

1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации ³

1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность ⁴)

1.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом _____
(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком «V»)

1.7. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.8. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10. Серия _____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

1.12. Гражданство: _____
(название государства; либо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации ⁵:

- а) почтовый индекс
- б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
- д) населенный пункт _____
(поселок, поселок в т.д.)

¹ Переоформление не допускается.
² Для лиц, указанных в пунктах 12 и 13 Правил обязательного медицинского страхования.
³ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.13. не заполняются.
⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.
⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерок.
⁶ Подлежит обязательному для заполнения.
⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
 к) дата регистрации по месту жительства _____
 _____ лицо без определённого места жительства⁹
- 1.14. Адрес места пребывания⁹ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):
 а) почтовый индекс _____
 б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
 в) район _____ г) город _____
 д) населенный пункт _____
(посело, поселок и т.п.)
 е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
 ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____
- 1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации¹⁰:
 а) вид документа _____
 б) серия _____ в) номер _____
 г) кем и когда выдан _____
- 1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): 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 _____ служебный _____
 1.18.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных¹¹

- 2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в паспорте)
- 2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в паспорте)
- 2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в паспорте)
- 2.4. Пол: муж. жен. (нужно отметить знаком "V")
- 2.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)
- 2.6. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в паспорте)

3. Сведения о представителе застрахованного лица¹²

- 3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹³.
- 3.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.4. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 3.5. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужно отметить знаком "V")
- 3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: _____
- 3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____
- 3.9. Дата выдачи _____
- 3.10. Контактный телефон: код _____ домашний _____ служебный _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.
(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴ (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

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

Дата: _____ М.П.
(число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство № _____

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁵ (расшифровка подписи)

⁹ Отмечается знаком «V».
¹⁰ Указывается адрес места временной регистрации или фактического проживания застрахованного.
¹¹ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.
¹² Указывается в случае замены лица в результате изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в заявлении.
¹³ Заполняется в случае оставления постоянного заявления представителем застрахованного лица.
¹⁴ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2-3.10 заявления не заполняются.
¹⁵ Нужно подчеркнуть.
¹⁶ Нужно подчеркнуть.

ОТЧЕТ
о застрахованных лицах

Номер документа			
Дата составления			
Отчетный период(период оказания услуг)	с		по

В соответствии с Договором от 2017

Срок действия Договора с по

Исполнитель _____
Ф.И.О. полностью

№ п/п	Ф.И.О., обратившегося с заявлением	Год рождения	Кол-во единиц услуг
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
	Итого		

АКТ
выполненных работ (оказанных услуг)
от _____ 2017г. № _____

№ п/п	Наименование услуги	Количество единиц услуги	Стоимость одной единицы услуги, руб.	ИТОГО сумма, руб.

ИТОГО:

Всего оказано услуг на сумму: _____

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Подписи:

АГЕНТ

ПРИНЦИПАЛ

Директор ОГБУ «МФЦ»

Генеральный директор
ООО «СК «ДАЛЬ-РОСМЕД»

_____ Р.А. Андреева
м.п.

_____ Н.А. Лазерко
м.п.

АКТ
приема-передачи документации

В соответствии с Агентским договором от «___» _____ 2017г. № _____ от
Принципала «Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания
«ДАЛЬ-РОСМЕД», в лице Генерального директора Лазерко Нелли Александровны,
действующей на основании Устава передано, Агентом «Областное
государственное бюджетное учреждение «Многофункциональный центр
предоставления государственных и муниципальных услуг в Еврейской автономной
области» в лице директора Андреевой Риты Александровны, действующей на основании
Устава, с другой стороны
принято:

- полисы обязательного медицинского страхования единого образца в количестве _____
- временные свидетельства в количестве _____

Настоящий акт составлен в 2 экземплярах, по одному для каждой из
Сторон, и является неотъемлемой частью Договора.

Подписи:

АГЕНТ

ПРИНЦИПАЛ

Директор ОГБУ «МФЦ»

Генеральный директор

ООО «СК «ДАЛЬ-РОСМЕД»

_____ Р.А. Андреева

_____ Н.А. Лазерко

М.П.

М.П.

Список уполномоченных лиц Агента	
номер п/п	Фамилия , имя, отчество
ОГБУ «МФЦ» город Биробиджан	
1	Акиншина Юлия Сергеевна
2	Василенко Марита Евгеньевна
3	Губанова Елена Викторовна
4	Жук Ксения Сергеевна
5	Зубкова Людмила Викторовна
6	Ипатова Ольга Николаевна
7	Королькова Елена Викторовна
8	Косова Ольга Николаевна
9	Курапова Инна Владимировна
10	Лаврова Анна Александровна
11	Легенкина Мария Васильевна
12	Любина Екатерина Сергеевна
13	Малышева Ольга Павловна
14	Малышенко Юлия Сергеевна
15	Молодкина Ирина Алексеевна
16	Партригул Елена Александровна
17	Рак Ольга Сергеевна
18	Святовец Анонида Федоровна
19	Скорикова Ольга Александровна
20	Соломоненко Александр Владимирович
21	Фокина Анастасия Андреевна
22	Чалых Ирина Александровна
23	Мацак Екатерина Сергеевна
24	Гаврилова Анастасия Александровна
25	Казначеева Юлия Евгеньевна
26	Резниченко Юлия Анатольевна
27	Ситникова Юлия Юрьевна
28	Крылова Ксения Константиновна
29	Белобородова Евгения Геннадьевна
30	Гапонова Наталья Валерьевна
31	Кузькина Елена Федоровна
32	Устьянцева Елена Александровна
33	Гулак Ирина Юрьевна

Филиал с. Ленинское	
34	Березюк Ирина Андреевна
35	Быкова Татьяна Сергеевна
36	Ведерникова Анна Юрьевна
37	Лескова Светлана Михайловна
38	Неподоба Валентина Афанасьевна
39	Шамаханова Анна Алексеевна
40	Шарапа Алена Михайловна
Филиал г. Облучье	
41	Витвенко Анастасия Ивановна
42	Гарник Татьяна Александровна
43	Караваева Наталья Михайловна
44	Кострова Анна Сергеевна
45	Соцкая Олеся Александровна
46	Черновол Ирина Николаевна
47	Юртова Ольга Борисовна
Филиал п.Смидович	
48	Беловицкая Ольга Константиновна
49	Боровинская Мария Александровна
50	Булах Тихон Михайлович
51	Васильева Ольга Борисовна
52	Карташова Юлия Владимировна
53	Тимошенко Наталья Ивановна
54	Трунова Лариса Ивановна
Филиал с.Амурзет	
55	Гокун Татьяна Сергеевна
56	Пименова Ольга Олеговна
57	Степанова Анна Александровна
58	Хайрулина Татьяна Владимировна
59	Якимова Ирина Валерьевна
60	Боброва Валентина Ивановна