

**Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «Ингосстрах-М»**

**ИНФОРМАЦИЯ
ДЛЯ ОПУБЛИКОВАНИЯ
В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ**

декабрь 2013 г.

1. О деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М» является крупнейшей страховой медицинской организацией, входящей в десятку лидеров страхового рынка, осуществляющей деятельность по обязательному медицинскому страхованию на территории 19 субъектов Российской Федерации:

Республика Карелия;
Удмуртская Республика;
Республика Хакасия;
Красноярский край;
Ставропольский край;
Брянская область;
Владимирская область;
Иркутская область;
Кемеровская область;
Кировская область;
Курская область;
Нижегородская область;
Новосибирская область;
Оренбургская область;
Свердловская область;
Тверская область;
Челябинская область;
Ярославская область;
Москва.

Зарегистрированный и оплаченный уставный капитал ООО «СК «Ингосстрах-М» составляет 293 301 710,44 рублей.

Регистрационный номер по единому государственному реестру субъектов страхового дела 3837. Лицензия С № 3837 77 от 14 сентября 2010 года. ООО «СК «Ингосстрах-М» включен в федеральный реестр добросовестных поставщиков и имеет сертификат соответствия требованиям государственного стандарта поставки

Возглавляет ООО «СК «Ингосстрах-М» Генеральный директор – Курбатова Наталья Анатольевна.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М» строго руководствуется законодательными и нормативными правовыми актами, принятыми на федеральном уровне, а также на территории субъектов Российской Федерации, в полном объеме выполняет обязательства, предусмотренные договором о финансировании обязательного медицинского страхования, при этом своей основной ключевой задачей считает экспертную деятельность и защиту прав застрахованных лиц. Для выполнения данной функции ООО «СК «Ингосстрах-М» создана высококвалифицированная экспертная служба, объединяющая специалистов и экспертов филиалов.

Для выполнения предусмотренных договорами задач и обязательств филиалами ООО «СК «Ингосстрах-М» выполняется следующее:

- информационно-аналитическая (информационная работа с населением, анализ обращений застрахованных, организация семинаров, конференций по проблемам защиты прав застрахованных).
- претензионно-экспертная (ведение делопроизводства по обращениям застрахованных, организация и производство экспертизы качества медицинской помощи, осуществление контроля за исполнением решений по итогам экспертной работы).
- юридическая (консультативная работа по вопросам защиты прав и законных интересов застрахованных, оспаривание в суде действий граждан, юридических лиц нарушающих права и интересы застрахованных).

Направления деятельности по реализации защиты прав застрахованных:

- взаимодействие с застрахованными лицами, совершенствование уровня клиентского обслуживания;
- заключение договоров на оказание и оплату медицинской помощи, проверка выполнения договорных условий;
- своевременное и полное финансирование медицинских организаций с учетом оказанных объемов и качества медицинской помощи;
- экспертный контроль медицинской помощи;
- организация мероприятий, направленных на предупреждение и активное выявление случаев нарушения прав и интересов застрахованных;
- организация приема и рассмотрения жалоб и заявлений застрахованных;
- подготовка рекомендаций по принятию организационно-правовых мер при установлении фактов систематического нарушения прав застрахованных и обоснованности поступивших жалоб;
- представление интересов застрахованных и защита их прав в лечебных учреждениях, включая работу страховых представителей непосредственно по месту получения медпомощи в медицинских учреждениях;
- сбор информации об удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи, включая различные виды социологического опроса застрахованных, учет и анализ обращений по вопросам нарушенных прав граждан в системе ОМС;
- предоставление информации о состоянии обеспечения и защиты прав граждан в системе ОМС в органы законодательной и исполнительной власти, медицинские организации и внесение предложений по совершенствованию обеспечения и защиты прав граждан при оказании медицинской помощи;
- организация работы по информационному обеспечению населения о его правах при получении медицинской помощи (медицинских услуг): работа со средствами массовой информации и информационное обеспечение пациентов в медицинских организациях;
- юридическая поддержка застрахованных и защита их прав в досудебном и судебном порядке: проведение бесплатных консультаций квалифицированными юристами компании по защите прав и законных интересов граждан в сфере ОМС, оказание помощи в составлении искового заявления в суд и представление интересов застрахованного в суде.

В филиалах организованы круглосуточные диспетчерские службы («горячие линии»), с помощью которых застрахованные лица могут получить исчерпывающую информацию по всем вопросам обязательного медицинского страхования.

В целях обеспечения информирования застрахованных лиц об их правах и обязанностях в сфере обязательного медицинского страхования филиалами изготавливаются и размещаются в представительствах, пунктах выдачи полисов ОМС, медицинских организациях, в общественных местах информационные стенды и плакаты, содержащие необходимую информацию, на системной основе осуществляются встречи с застрахованными лицами на предприятиях и в организациях. В целях своевременного обеспечения застрахованных лиц полисами ОМС филиалами ООО «Ингосстрах-М» внедрена и успешно действует система смс-уведомлений о готовности полисов ОМС.

Для повышения эффективности деятельности по защите прав застрахованных во многих филиалах создана служба страховых представителей в медицинских организациях. В настоящее время специалистами ООО «СК «Ингосстрах-М» в медицинских организациях проводится консультативная работа среди застрахованных, при необходимости, в момент обращения пациента, оперативно решаются правовые и организационные вопросы предоставления им бесплатной и доступной медицинской помощи.

В целях обеспечения прав лиц с ограниченными возможностями, ООО «СК «Ингосстрах-М» реализованы мероприятия в виде различных организационно-технических решений по оборудованию занимаемых помещений пандусами, поручнями, указателями и др. В тех

случаях, когда лица с ограниченными возможностями не могут посетить офис ООО «СК «Ингосстрах-М» лично, предусмотрена форма обслуживания на дому.

У компании имеется собственный официальный сайт www.ingos-m.ru, на котором размещается и систематически актуализируется справочная и контактная информация, а также информация о результатах деятельности.

2. О составе учредителей (участников, акционеров)

Единственным участником (учредителем) ООО «СК «Ингосстрах-М» является Закрытое акционерное общество «ИнВест-Полис», адрес: 127055, Россия, г. Москва, ул. Лесная, дом 41.

3. О финансовых результатах деятельности

По состоянию на 01 октября 2013 года сумма средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, составила 34 048 млн. руб. Сумма средств, причитающихся к уплате медицинским организациям, составила 31 095 млн. руб.

4. Об опыте работы

На рынке обязательного медицинского страхования компания работает, с учетом правопреемства, с 1992 года.

5. О количестве застрахованных лиц всего, в том числе в субъектах Российской Федерации

По состоянию на 01.11.2013 года общая численность застрахованных по ОМС составляет 6 570 966 человек, в том числе по филиалам:

Абакан	247 598
Брянск	500 598
Владимир	360 871
Екатеринбург	162 086
Ижевск	254 214
Иркутск	211 285
Кемерово	120 575
Киров	120 040
Красноярск	18 246
Курск	190 237
Москва	90 621
ННовгород	119 130
Новосибирск	976 212
Оренбург	254 773
Петрозаводск	166 282
Ставрополь	1 956 116
Тверь	252 425
Челябинск	239 997

Ярославль	329 677
ИТОГО	6 570 983

6. О правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе о праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2011 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

Застрахованные лица имеют право на:

1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) 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 обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) 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;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

2. Застрахованные лица обязаны:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования 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, 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.

7. О порядке получения полиса обязательного медицинского страхования

В соответствии с частью 1 статьи 16 Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном Правилами обязательного медицинского страхования.

Выбор или замена страховой медицинской организации осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, путем обращения в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций, который размещается в обязательном порядке территориальным фондом обязательного медицинского страхования на его официальном сайте в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).

Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законный представитель) обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации.

Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается (направляется) в страховую медицинскую организацию или передается с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети "Интернет", через официальный сайт территориального фонда или единый портал государственных услуг.

При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлении.

В случае подачи медицинской организацией ходатайства об идентификации застрахованного лица территориальный фонд осуществляет в течение пяти рабочих дней со дня получения ходатайства проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки территориальный фонд в течение трех рабочих дней представляет в медицинскую организацию.

Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации руководителем страховой медицинской организации, печатью страховой медицинской организации.

В соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 16 Федерального закона застрахованное лицо лично или через своего представителя подает заявление о выборе страховой медицинской организации.

Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо, в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 16 Федерального закона, осуществляет один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

В соответствии с пунктом 4 части 2 статьи 16 Федерального закона в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

8. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.

В _____ ООО «СК «Ингосстрах-М»
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации¹

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации _____
Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М»
(наименование страховой медицинской организации)

в связи с (нужное отметить знаком "V"):

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации; | <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; | <input type="checkbox"/> | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |

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

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; | <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина; |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; | <input type="checkbox"/> | 4) отказ от получения полиса. |

Номер полиса²: _____ Отсутствует³

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен: _____

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁴)

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

1.3. Отчество (при наличии)⁵ _____

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

³ Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

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

1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

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

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

1.9. Серия _____ 1.9. Номер _____
Кем выдан: _____ 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 _____ е) улица _____
(проспект, переулок и т.п.) _____
(село, поселок 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)

в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
(село, поселок 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. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
(при наличии)

⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁶ Поле, обязательное для заполнения.

⁷ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

⁸ Отмечается знаком «V».

⁹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

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

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом):

домашний _____ служебный _____

1.17.2. 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, 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:

код _____ домашний _____ служебный _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

4. О получении полиса / об отказе в выдаче полиса / прошу уведомить (нужное отметить знаком "V"):

по телефону

в письменной форме, по адресу регистрации места жительства

по электронной почте

в письменной форме, по адресу места пребывания

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹²

(расшифровка подписи)

Дата: _____

(число, месяц, год)

Заявление принял: _____

(подпись представителя страховой медицинской организации

(филиала)

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____

(число, месяц, год)

М.П.

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹³

(расшифровка подписи)

(число, месяц, год)

В _____

ООО «СК «Ингосстрах-М»

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса¹⁴

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"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования;

2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования

в связи с (нужное отметить знаком "V"):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства;

2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1) в форме бумажного бланка;

2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;

3) в составе универсальной электронной карты гражданина

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

4) утратой ранее выданного полиса;

5) окончанием срока действия полиса¹⁵.

¹¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹² Нужно подчеркнуть

¹³ Нужно подчеркнуть

¹⁴ Исправления не допускаются.

¹⁵ Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

3) ветхостью и непригодностью полиса;

1. Сведения о застрахованном лице1.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации¹⁶

1.2. Фамилия _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹⁷)

1.3. Имя _____

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

1.4. Отчество (при наличии)

¹⁸

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

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".

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 лицом¹⁹

(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 _____

Кем выдан: _____

1.12. Гражданство: _____

(название государства, лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации²⁰:а) почтовый индекс

(республика, край, область, округ)

в) район _____

г) город _____

д) населенный пункт _____

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

(село, поселок и т.п.)

ж) № дома (владения) _____

з) корпус (строение) _____

и) _____

квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

 лицо без определённого места жительства²¹1.14. Адрес места пребывания²² (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):а) почтовый индекс

(республика, край, область, округ)

в) район _____

г) город _____

д) населенный пункт _____

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

(село, поселок и т.п.)

ж) № дома (владения) _____

з) корпус (строение) _____

и) _____

квартира _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации²³:

а) вид документа _____

б) серия _____

в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

¹⁶ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.18. не заполняются.¹⁷ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.¹⁸ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.¹⁹ Поле, обязательное для заполнения.²⁰ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного²¹ Отмечается знаком «V».²² Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.²³ Для лиц, указанных в частях 3-7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

1.16. 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)

1.17. 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 _____²⁴

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных²⁴

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")

2.5. Дата рождения _____ 2.6. Место рождения _____
(число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица²⁵

3.1. Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации²⁶.

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 (нужное отметить знаком "V")

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: _____

3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____ 3.9. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

3.10. Контактный телефон: _____ код _____ домашний _____ служебный _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

5. О получении полиса / об отказе в выдаче полиса / прошу уведомить (нужное отметить знаком "V"):

по телефону в письменной форме, по адресу регистрации места жительства
по электронной почте в письменной форме, по адресу места пребывания

(подпись застрахованного лица/его представителя)²⁷ _____ (расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

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

Дата: _____ М.П.

Выдано временное свидетельство № _____

(подпись застрахованного лица/его представителя)²⁸ _____ (расшифровка подписи)

9. Перечень документов, необходимых для получения полиса

²⁴ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

²⁵ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

²⁶ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.9. заявления не заполняются.

²⁷ Нужно подчеркнуть

²⁸ Нужно подчеркнуть

К заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении;

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;

СНИЛС (при наличии);

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"- удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению.

4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

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;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

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, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

СНИЛС (при наличии);

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность.

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации.

9) для законного представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя;

10) для лиц без определенного места жительства и занятий (в том числе детей) при отсутствии документов, удостоверяющих личность, учреждениями социальной помощи представляется ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица, содержащее:

сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания);

сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);

наименование территориального фонда;

11) для лиц, не идентифицированных в период лечения, медицинской организацией представляется ходатайство об идентификации застрахованного лица, содержащее:

предполагаемые сведения о застрахованном лице (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, место пребывания).

сведения о ходатайствующей организации (наименование, контактная информация, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя, печать);

наименование территориального фонда.

10. Порядок обжалования решений, действий или бездействия работников при выдаче полисов

Граждане имеют право на обжалование действий (бездействий) и решений, осуществляемых (принятых) в ходе исполнения функции по выдаче полисов ОМС. Обжалование может производиться в досудебном (внесудебном) порядке путем обращения непосредственно к руководителю подразделения, в функции которого входит выдача полисов.

Если гражданин не получил объективный мотивированный ответ на свое обращение, то возможно обращение к руководителю СМО (обособленного подразделения). Заявитель имеет право на получение информации и документов, необходимых для обоснования и рассмотрения жалобы.

Основанием для начала процедуры досудебного (внесудебного) обжалования является личное устное или письменное обращения заинтересованного лица. Обращение и жалобы рассматриваются в соответствии с требованиями Федерального закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Руководитель СМО (обособленного подразделения), проводят личный прием заявителя в соответствии с режимом работы организации.

При личном приеме заявитель предъявляет документ, удостоверяющий его личность. Содержание устной жалобы заносится в журнал обращений. В случае если изложенные в устной жалобе факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на жалобу, с согласия заявителя, может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале обращений. В ходе личного приема заявителю может быть отказано в дальнейшем рассмотрении жалобы, если ему ранее был дан ответ по существу поставленных в жалобе вопросов.

Письменные обращения предоставляются гражданином лично или направляются посредством почтовой связи по адресу любого подразделения СМО. Задать вопрос специалисту СМО можно также посредством телефонной связи (телефон единой справочной службы: 8-800-100-77-55) или воспользовавшись услугой «Горячая линия» на сайте СМО.

В письменном обращении гражданин указывает:

- наименование СМО (подразделения), которой адресовано обращение;

- фамилию, имя, отчество должностного лица, которому адресовано обращение;

- свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии)

- контактные данные (телефон, адрес электронной почты (при наличии), почтовый адрес;

- наименование должности, фамилия, имя и отчество сотрудника, должностного лица, решение, действие или бездействие, которого обжалуется (при наличии информации);
- суть (обстоятельства) обжалуемого действия (бездействия), основания, по которым заявитель считает, что нарушены его права либо незаконно возложена не предусмотренная законодательством РФ обязанность;
- иные сведения, документы и материалы либо их копии, имеющие отношение к существу обращения, которые заявитель считает необходимым сообщить, в том числе копию письменного обоснования действия сотрудника (при наличии);
- личную подпись и дату.

Если в письменной жалобе содержатся угрозы жизни, нецензурные и оскорбительные выражения в адрес должностного лица, членов и семей, должностное лицо вправе оставить жалобу без ответа и сообщить заявителю о недопустимости злоупотреблением правом.

Срок рассмотрения письменных обращений граждан – не более 30 дней. В случае необходимости истребования дополнительных документов и направления запросов в иные органы и организации СМО вправе продлить срок рассмотрения обращения, но не более чем на 30 дней, уведомив о продлении срока его рассмотрения гражданина, направившего обращение

По результатам рассмотрения обращения принимается решение об удовлетворении требований заявителя либо об отказе в удовлетворении жалобы и направляется по адресу, в том числе электронному, указанному, как контактная информация в обращении. Если в письменной жалобе не указана фамилия заявителя и контактные данные, ответ не дается.

Целью досудебного (внесудебного) разрешения вопросов является объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение жалоб граждан, достижение по взаимному согласию договоренности (в случае личного устного обращения) или подготовка мотивированного ответа (в случае письменного обращения).

Граждане в досудебном порядке вправе обжаловать решения, действия или бездействия работников СМО по выдаче полисов ОМС в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, федеральный фонд обязательного медицинского страхования в соответствии законодательством РФ.

Граждане вправе обжаловать решения, действия или бездействие работников СМО по выдаче полисов ОМС в судебном порядке. Заинтересованное лицо вправе обратиться за защитой нарушенных прав и законных интересов в суды общей юрисдикции, в порядке, установленным законодательством о гражданском судопроизводстве.

Направить письменное обращение можно в центральный офис страховой медицинской организации по адресу: 115280, Москва, 1-ый Автозаводский проезд, 12, стр. 2
Генеральный директор ООО «СК «Ингосстрах-М» Курбатова Наталья Анатольевна
записаться на прием можно обратившись в центральный офис страховой компании по телефону в г. Москве: (495) 232-34-91.

Направить письменное обращение можно также в филиал страховой медицинской организации.

Обращение также может быть направлено по электронной почте или воспользовавшись услугой «Горячая линия» ingos-m@ingos.ru, адрес сайта в сети «Интернет»: www.ingos-m.ru.