

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ  
от 31 января 2012 г. N 32**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОМС  
ПРИ ВЫДАЧЕ ПОЛИСОВ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(в ред. Приказов ТФОМС Свердловской области  
от 10.10.2012 N 397, от 11.02.2014 N 52)

---

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: Федеральный закон N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ" принят 29.11.2010, а не 29.11.2011.

---

В целях обеспечения прав граждан при реализации Федерального закона от 29.11.2011 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ", Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н, и выполнения Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных ФФОМС 30.12.2011, в части порядка выдачи полисов ОМС приказываю:

1. Утвердить и ввести в действие с 1 февраля 2012 года Регламент взаимодействия участников ОМС при выдаче полисов ОМС на территории Свердловской области (прилагается).

2. Признать утратившим силу с 31.01.2012 Регламент взаимодействия участников ОМС при выдаче полисов ОМС на территории Свердловской области, утвержденный Приказом ТФОМС от 19.04.2011 N 122 (в редакции Приказов ТФОМС от 21.06.2011 N 201, от 23.11.2011 N 394).

3. Рекомендовать руководителям страховых медицинских организаций руководствоваться настоящим Приказом.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на первого заместителя директора Шахбанова О.Р.

Директор  
В.А.ШЕЛЯКИН

Утвержден  
Приказом ТФОМС  
Свердловской области  
от 31 января 2012 г. N 32

**РЕГЛАМЕНТ  
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОМС ПРИ ВЫДАЧЕ ПОЛИСОВ ОМС  
НА ТЕРРИТОРИИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(в ред. Приказов ТФОМС Свердловской области  
от 10.10.2012 N 397, от 11.02.2014 N 52)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Регламент определяет взаимодействие участников ОМС при выдаче полисов обязательного медицинского страхования (далее - полисов) на территории Свердловской области в соответствии с Федеральным [законом](#) от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон), [Правилами](#) обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (далее - Правила ОМС).

1.2. Для получения полиса застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается в выбранную страховую медицинскую организацию (далее - СМО) путем подачи заявления. Гражданин имеет право замены СМО 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 СМО. В случае смены места жительства гражданином в пределах Свердловской области замены СМО не требуется.

1.3. Согласно [статье 10](#) Федерального закона застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным [законом](#) от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах", за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

1.4. Полис и временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса являются документами, удостоверяющими право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

1.5. До введения в Свердловской области универсальных электронных карт полис будет представлен в форме бумажного бланка или пластиковой карты с электронным носителем (далее - электронный полис).

(п. 1.5 в ред. [Приказа](#) ТФОМС Свердловской области от 10.10.2012 N 397)

1.6. Полисы, выданные лицам, застрахованным по ОМС до дня вступления в силу Федерального [закона](#), являются действующими и замены на бумажный вариант бланка полиса единого образца или электронный полис не требуют.

(п. 1.6 в ред. [Приказа](#) ТФОМС Свердловской области от 10.10.2012 N 397)

## 2. СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ (СМО)

2.1. Принимает от застрахованного лица или его представителя заявление о выборе (замене) СМО ([Приложение 1](#)), заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса ([Приложение 2](#)), заполненные от руки или машинописным способом в бумажном варианте. При приеме заявления у гражданина изымается действующий полис старого образца, в заявлении делается отметка об изъятии полиса с указанием его номера. Принятое заявление заверяется подписью представителя СМО, уполномоченного на прием заявлений руководителем СМО, печатью СМО. При заполнении заявления исправления не допускаются.

2.2. В день получения заявления о выборе (замене) СМО выдает застрахованному лицу или его представителю полис либо временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса. Заверяет его подписью представителя СМО, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства, печатью СМО. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более тридцати рабочих дней с даты его выдачи.

2.3. Вносит сведения о СМО, выбранной застрахованным лицом при осуществлении замены СМО, в полис в день подачи заявления о замене СМО.

2.4. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) СМО, передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в ТФОМС. В течение двух рабочих дней со дня получения результатов проверок загруженной информации в зависимости от указанных ошибок:

- исправляет ошибки форматно-логического контроля либо контролей, обеспечивающих непротиворечивость информации, и повторно загружает файл с изменениями в Регистр;

- предоставляет в ТФОМС документальное подтверждение (копия заявления) по указанным ошибкам.

(п. 2.4 в ред. Приказа ТФОМС Свердловской области от 10.10.2012 N 397)

2.5. В случае выявления действующего полиса в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа в течение пяти рабочих дней со дня получения заявления о выборе СМО. Вносит данные об отказе в выдаче полиса в Журнал учета принятых заявлений и выданных по ним временных свидетельств и полисов.

2.6. В случае отсутствия данных о действующем полисе в региональном сегменте единого регистра, при выявлении действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц (на основании данных, полученных от ТФОМС) в течение трех рабочих дней со дня получения сведений уведомляет застрахованное лицо об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа. Вносит данные об отказе в выдаче полиса в Журнал учета принятых заявлений и выданных по ним временных свидетельств и полисов.

2.7. При получении сведений из ТФОМС о готовности полиса, организует доставку полисов в пункты выдачи полисов и уведомляет застрахованных лиц о необходимости получения полиса в срок, не превышающий срок действия временного свидетельства. Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в Журнале учета принятых заявлений и выданных по ним временных свидетельств и полисов.

2.8. Переоформляет полисы по заявлению застрахованного лица о переоформлении при предъявлении документов, подтверждающих:

- изменения фамилии, имени, отчества;
- изменения даты рождения, места рождения застрахованного лица, пола;
- неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

При этом:

- производится процедура проверки наличия полиса в региональном сегменте единого регистра и едином регистре застрахованных лиц;

- полис, подлежащий замене, изымается у гражданина и подлежит списанию;
- в случаях переоформления полиса гражданину выдается временное свидетельство;
- данные полиса включаются в заявку на изготовление полисов.

2.9. Осуществляет выдачу дубликата полиса по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса в случаях:

- ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста и другие);
- утери полиса ОМС.

При этом:

- производится процедура проверки наличия полиса в региональном сегменте единого регистра и едином регистре застрахованных лиц;
- полис, подлежащий замене, изымается у гражданина и подлежит списанию;
- в случаях выдачи дубликата полиса гражданину выдается временное свидетельство;
- данные полиса включаются в заявку на изготовление полисов.

2.10. По заявлениям граждан о выборе (замене) СМО, поданным через официальные сайты СМО или ТФОМС, направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлении, в течение 5 рабочих дней проводит процедуру проверки наличия полиса по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц и единому регистру застрахованных лиц (п. 2.5 - 2.6 Регламента), сообщает гражданину о возможности выдачи полиса либо об отказе в выдаче полиса на электронный адрес, указанный в заявлении. Ведет учет электронных заявлений граждан.

2.11. Информировывает застрахованных лиц, подавших заявления о выборе (замене) СМО, о сроках оформления и выдачи полисов лично или по указанному в документах телефону и/или электронной почте.

2.12. Информировывает застрахованных лиц, получающих полис, о [Правилах](#) ОМС, базовой программе ОМС, территориальной программе ОМС, перечне медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС в Свердловской области. Одновременно с полисом предоставляет застрахованному лицу информацию:

- о правах и обязанностях застрахованных лиц в сфере ОМС;
- о возможности замены СМО один раз в течение календарного года, не позднее 1 ноября, либо чаще, в случае смены места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС, путем подачи заявления о замене во вновь выбранную СМО;
- о необходимости уведомления гражданином СМО об изменениях в его персональных данных - фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, пола - в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- контактные телефоны ТФОМС и СМО, выдавшей полис.

Информация может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.

2.13. Ведет журналы учета принятых заявлений и выданных по ним временных свидетельств и полисов. Журнал содержит следующие данные: № п/п, дата заявления; фамилия, имя, отчество, адрес гражданина; фамилия, имя, отчество представителя гражданина (в случае получения полиса через представителя), рекомендуемая дата получения полиса, номер временного свидетельства, подпись при получении временного свидетельства, номер полиса, дата получения полиса, подпись при получении полиса, контактный телефон, подпись работника СМО, выдавшего гражданину полис.

2.14. Ежемесячно в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным, предоставляет в ТФОМС отчет о количестве принятых заявлений, выданных временных свидетельствах и полисах ([Приложение 3](#)).

2.15. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении ОМС по инициативе СМО за три месяца до даты расторжения указанного договора уведомляет ТФОМС и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Уведомление застрахованных лиц осуществляется в письменном виде (письмом с уведомлением).

2.16. В течение трех рабочих дней с момента получения сведений из ТФОМС об изготовлении полиса информирует гражданина в письменной форме о необходимости получения полиса.

2.17. Определяет круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере ОМС.

2.18. Осуществляет прием заявлений, выдачу полисов и временных свидетельств в

предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), организованных на территории Свердловской области. Для обслуживания лиц с ограниченными возможностями оборудует помещения пандусами, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение инвалидных колясок. Гражданам с ограниченными возможностями при необходимости организует выдачу полисов по их месту жительства.

2.19. Предоставляет информацию по электронной почте или через сеть "Интернет" в режиме "вопрос - ответ" каждому застрахованному лицу, задавшему вопрос, не позднее пяти рабочих дней, следующих за днем получения вопроса.

2.20. Подает в ТФОМС заявки на получение бланков временных свидетельств (Приложение 4) с обоснованием количества заказываемых бланков. Получает бланки временных свидетельств от ТФОМС. Ведет учет бланков временных свидетельств как бланков строгой отчетности (далее - БСО) в соответствии с Порядком ведения учета, утвержденным руководителем СМО. Порядок ведения учета БСО должен предусматривать назначение работников, ответственных за БСО, создание комиссии по приему и уничтожению БСО; порядок приема БСО от ТФОМС и учет БСО в специальной книге, хранение бланков в сейфе, порядок выдачи БСО сотрудникам, ответственным за заполнение бланков временных свидетельств, инвентаризацию БСО в момент составления заявки на бланки временных свидетельств в ТФОМС и срок хранения (три года) испорченных, недействительных и не востребовавшихся бланков.

### 3. ТФОМС (ОТДЕЛ ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРА СМО И ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН)

3.1. Ежедневно (в случае наличия) передает заявления граждан о выборе (замене) СМО, поданные через официальный сайт ТФОМС в СМО, выбранную гражданином. Направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на электронный адрес, указанный в заявлении, и уведомляет гражданина о передаче его заявления в СМО.

3.2. В течение 15 рабочих дней со дня получения сведений о застрахованных лицах от отделения Пенсионного фонда Российской Федерации по Свердловской области и страхователя для неработающих граждан - Министерство здравоохранения Свердловской области определяет список граждан, отсутствующих в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц. Ежемесячно до 10-го числа направляет сведения о них в СМО пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении ОМС. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в СМО, которое отражается в сведениях, направляемых в СМО, должно быть равным.

3.3. Обеспечивает возможность для СМО и межмуниципальных филиалов проверки информации о гражданах в едином регистре застрахованных лиц.

3.4. Ежедневно (в случае наличия) формирует заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов) (далее - заявка). Заявка подписывается электронно-цифровой подписью уполномоченного работника ТФОМС. Общий срок с момента подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до представления заявки в соответствии с порядком, утвержденным нормативными документами ФФОМС, не должен превышать десяти рабочих дней.

3.5. Информировывает СМО в течение двух рабочих дней со дня получения полисов о необходимости получения полисов в ТФОМС (с указанием даты и времени).

Организует выдачу полисов в СМО.

3.6. На основании ежемесячного отчета СМО о количестве принятых заявлений, выданных временных свидетельств и полисов, по результатам загрузки СМО данных в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц осуществляет контроль за

соблюдением порядка выдачи полисов, за сроками представления данных о застрахованных лицах и сведений об их изменении. При необходимости направляет данные о выявленных нарушениях в межмуниципальный филиал ТФОМС для проверки пунктов выдачи полисов. Ежеквартально по результатам проверки межмуниципальными филиалами пунктов выдачи полисов составляет сводный акт выявленных нарушений в СМО. В случае документального подтверждения выявленных нарушений составляет акт о нарушениях с указанием сумм штрафов, предусмотренных в договоре о финансовом обеспечении ОМС.

3.7. Организует изготовление бланков временных свидетельств с учетом заявок СМО, поданных в ТФОМС.

3.8. Ведет учет полисов единого образца и бланков временных свидетельств как бланков строгой отчетности в соответствии с Положением о порядке хранения, оформления, учета, выдачи, уничтожения и списания бланков временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса обязательного медицинского страхования, и полисов обязательного медицинского страхования в ТФОМС Свердловской области, утвержденным Приказом ТФОМС от 25.04.2011 N 128.

#### 4. МЕЖМУНИЦИПАЛЬНЫЙ ФИЛИАЛ ТФОМС

4.1. В случае подачи медицинской организацией либо учреждением социальной помощи ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица (об идентификации в качестве застрахованного лица) (Приложение 5) в течение двух рабочих дней осуществляет идентификацию граждан, не идентифицированных в период лечения медицинской организацией. Для идентификации использует ИАС-4 [А43] функция "Поиск и корректировка застрахованных". Идентифицированным признается лицо при полном совпадении фамилии, имени, отчества, даты рождения, указанных в ходатайстве и регистре застрахованных лиц. В ответе медицинскому учреждению по идентифицированным гражданам указывает действующий N полиса, адрес, код СМО. В случае отсутствия данных в региональном сегменте осуществляет проверку действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки в течение пяти рабочих дней представляет в медицинскую организацию или учреждение социальной помощи.

4.2. Осуществляет проверку пунктов выдачи полисов по графику, утвержденному приказом ТФОМС. Проверке подлежат все принятые заявления граждан о выборе (замене) СМО, выдача бланков временных свидетельств и полисов, проверка осуществляется сплошным методом, по результатам проверки составляется акт о выявленных нарушениях, с указанием по каждому нарушению размера штрафных санкций в соответствии с условиями договора о финансовом обеспечении.

Форма

Приложение N 1  
к Регламенту

(в ред. Приказа ТФОМС Свердловской области  
от 11.02.2014 N 52)

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской  
организации (филиала))  
адрес \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_



1.3.1. Отчество (при наличии) <5> \_\_\_\_\_

(указывается отчество предшествующее  
указанному в п. 1.3)

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"/> | 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 <a href="#">законом</a> "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 <a href="#">законом</a> "О беженцах". |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным [законом](#) от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом <6>

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью  
в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью  
в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

1.8.1. Вид документа, удостоверяющего личность <7> \_\_\_\_\_  
(указывается вид документа,  
удостоверяющего личность,  
предшествующего  
указанному в п. 1.8)

1.9. Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

1.9.1. Серия <7> \_\_\_\_\_ 1.9. Номер <7> \_\_\_\_\_  
(указывается серия и номер документа, удостоверяющего  
личность, указанного п. 1.8.1)

1.10. Кем выдан \_\_\_\_\_

1.11. Дата выдачи \_\_\_\_\_

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

1.10.1. Дата выдачи <7> \_\_\_\_\_  
(указывается дата выдачи документа, удостоверяющего  
личность, указанного п. 1.8.1)

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

1.12. Дата окончания действия документа <8> \_\_\_\_\_

1.13. Гражданство: \_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

1.14. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <9>:

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) N дома (владения) \_\_\_\_\_

з) корпус (строение) \_\_\_\_\_

и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определенного места жительства <10>

1.15. Адрес места пребывания <11> (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 \_\_\_\_\_

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) N дома (владение) \_\_\_\_\_

з) корпус (строение) \_\_\_\_\_

и) квартира \_\_\_\_\_

1.16. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации <12>:

а) вид документа \_\_\_\_\_

б) серия \_\_\_\_\_

в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.17. 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)

1.18. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_.

(при наличии)

1.19. Контактная информация:

1.19.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_

Домашний \_\_\_\_\_

служебный \_\_\_\_\_

1.19.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_.

2. Сведения о представителе застрахованного лица <13>

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 \_\_\_\_\_

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

2.4. Отношение \_\_\_\_\_

мать

отец

иное

(нужное отметить знаком "V")

к застрахованному лицу,

сведения о котором

указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_

2.7. Номер \_\_\_\_\_

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

- 2.8. Кем выдан \_\_\_\_\_  
2.9. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
2.10. Дата окончания действия документа <14> \_\_\_\_\_  
2.11. Контактный телефон: код \_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_  
3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Подпись  
застрахованного лица/  
его представителя <15>

Расшифровка подписи

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

4. Согласие на обработку биометрических персональных данных (цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи) <16>.

Даю согласие страховой медицинской организации и ТФОМС Свердловской области, расположенному по адресу: г. Екатеринбург, ул. Московская, 54, на обработку моих биометрических персональных данных (включая передачу их третьим лицам) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.

Подпись застрахованного лица

Расшифровка подписи

Заявление принял: \_\_\_\_\_  
(подпись представителя  
страховой медицинской  
организации (филиала))

(расшифровка подписи)

Выдано временное свидетельство N \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

Подпись застрахованного лица / Расшифровка подписи

- 
- <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> При отсутствии фамилии, имени или отчества в документе, удостоверяющем личность, в соответствующей графе ставится прочерк.
  - <5> Обязательно для заполнения.
  - <6> Поле, обязательное для заполнения.
  - <7> Рекомендовано к заполнению при осуществлении выбора СМО гражданином РФ в возрасте старше 14 лет.
  - <8> Не заполняется для свидетельства о рождении, выданного в РФ, свидетельства о рождении гражданина РФ, выданного не в РФ, паспорта гражданина РФ.
  - <9> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
  - <10> Отмечается знаком "V".
  - <11> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.
  - <12> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного

медицинского страхования.

<13> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<14> Не заполняется для свидетельства о рождении, выданного в РФ, свидетельства о рождении гражданина РФ, выданного не в РФ, паспорта гражданина РФ.

<15> Нужно подчеркнуть.

<16> Заполняется в случае, если гражданину выдается полис ОМС в форме пластиковой карты с электронным носителем.

Приложение N 2  
к Регламенту

(в ред. Приказа ТФОМС Свердловской области  
от 10.10.2012 N 397)

В \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской  
организации (филиала))  
адрес \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ВЫДАЧЕ ДУБЛИКАТА ПОЛИСА ИЛИ ПЕРЕОФОРМЛЕНИИ ПОЛИСА <15>

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

<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

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

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

3) ветхостью и непригодностью полиса;

4) утратой ранее выданного полиса;


5) окончанием срока действия полиса <16>.

1. Сведения о застрахованном лице

1.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации <17>

1.2. Фамилия \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность <18>)

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

1.4. Отчество (при наличии) <19> \_\_\_\_\_  
(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 <b>законом</b> "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 <b>законом</b> "О беженцах". |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным **законом** от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом <20>.

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

1.10. Серия \_\_\_\_\_ 1.10. Номер \_\_\_\_\_

1.11. Дата выдачи \_\_\_\_\_

1.12. Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации <21>:

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) N дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

лицо без определенного места жительства <22>

1.14. Адрес места пребывания <23> (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 \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

ж) N дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства  
в Российской Федерации <24>:

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 (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 \_\_\_\_\_.

2. Сведения о застрахованном лице  
до изменения или исправления анкетных данных <25>

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: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.6. Место рождения: \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица <26>

3.1.  Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации <27>.

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 \_\_\_\_\_

3.10. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
(подпись застрахованного лица/  
его представителя) <28>

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

5. Согласие на обработку биометрических персональных данных (цифровой фотографии, цифрового изображения собственноручной подписи) <29>

Даю согласие страховой медицинской организации и ТФОМС Свердловской области, расположенному по адресу: г. Екатеринбург, ул. Московская, 54, на обработку моих биометрических персональных данных (включая передачу их третьим лицам) методами, обеспечивающими безопасность данных, если это не противоречит действующему законодательству.

---

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

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

Дата: \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство N \_\_\_\_\_

---

Подпись застрахованного лица / его представителя <30> \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

-----  
<15> Исправления не допускаются.

<16> Для лиц, указанных в [пунктах 32 и 33](#) Правил обязательного медицинского страхования.

<17> В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента [пункты 1.2 - 1.18](#) не заполняются.

<18> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

<19> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<20> Поле, обязательное для заполнения.

<21> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<22> Отмечается знаком "V".

<23> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<24> Для лиц, указанных в [частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9](#) Правил обязательного медицинского страхования.

<25> Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

<26> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<27> В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента [пункты 3.2 - 3.10](#) заявления не заполняются.

<28> Нужно подчеркнуть.

<29> Заполняется в случае, если гражданину выдается полис ОМС в форме пластиковой карты с электронным носителем.

<30> Нужно подчеркнуть.

ОТЧЕТ  
О КОЛИЧЕСТВЕ ПРИНЯТЫХ ЗАЯВЛЕНИЙ ГРАЖДАН  
И ВЫДАННЫХ ПО НИМ ВРЕМЕННЫМ СВИДЕТЕЛЬСТВАМ И ПОЛИСАМ  
НА \_\_\_\_\_ 201\_ Г.

СМО \_\_\_\_\_

№ п/п	Показатель	Количество, шт.
1.	Количество принятых заявлений, всего, в т.ч.:	
1.1.	О выборе СМО	
1.2.	О замене СМО	
1.3.	О выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса	
2.	Количество временных свидетельств, полученных от ТФОМС	
3.	Количество выданных временных свидетельств, всего, в т.ч.:	
3.1.	Загруженных в региональный сегмент Единого Регистра застрахованных граждан (РС ЕРЗ)	
3.2.	Отклоненных от загрузки в РС ЕРЗ (мотивированный отказ)	
3.3.	Испорченных	
4.	Остаток бланков временных свидетельств на дату отчета	
5.	Получено полисов в ТФОМС, всего, в т.ч.:	
5.1.	Выдано полисов гражданам	
5.2.	Невостребованные полисы	

Приложение N 4  
к Регламенту

**ЗАЯВКА  
НА БЛАНКИ ВРЕМЕННЫХ СВИДЕТЕЛЬСТВ**

\_\_\_\_\_  
Наименование страховой медицинской организации

Дата предоставления заявки \_\_\_\_\_

Код СМ	Количество полученных от	Количество загруженных ВС,	Количество незагруженных ВС,	Количество испорченных ВС,	Остаток бланков на	Количество заказываемых	Период заказа	Обоснование заявленного
--------	--------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	--------------------	-------------------------	---------------	-------------------------

О	ТФОМС ВС на дату заявки, шт.	шт.	шт.	шт.	дату заявки, шт.	бланков, шт.	бланков	количества бланков
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Руководитель СМО

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
ПОДПИСЬ

Приложение N 5  
к Регламенту

В \_\_\_\_\_  
(наименование межмуниципального филиала)  
ТФОМС Свердловской области

### ХОДАТАЙСТВО

\_\_\_\_\_  
(наименование ходатайствующей организации)  
О РЕГИСТРАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА  
(ОБ ИДЕНТИФИКАЦИИ В КАЧЕСТВЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА)

Прошу зарегистрировать (идентифицировать) (нужное подчеркнуть) гражданина \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. или предполагаемые Ф.И.О. <29>) в качестве лица,

застрахованного по обязательному медицинскому страхованию.

Сведения о застрахованном лице <15>

1. Фамилия \_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_
3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_
4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")
5. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)
6. Место рождения: \_\_\_\_\_
7. Гражданство: \_\_\_\_\_
8. Адрес места пребывания:
  - 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) N дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_
9. Контактная информация <30>:
  - 9.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
  - 9.2. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(подпись представителя  
ходатайствующей организации)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.

-----  
<29> Со слов гражданина или по другим основаниям.

<30> Представляется информация о ходатайствующей организации.

---