

г. Махачкала

«01» 05 2023 г.

Акционерное Общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М»), именуемое в дальнейшем «Принципал», в лице генерального директора Мартыановой Надежды Васильевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Государственное учреждение Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» (ГАУ РД «МФЦ в РД»), в лице директора Арсланатисва Магомедзмина Исамагомедовича, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Агент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящий Агентский договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Принципал поручает, а Агент принимает на себя обязательство оказать от имени и за счет Принципала, указанные в приложении №2 настоящего Договора услуги, а Принципал обязуется принять и оплатить оказанные услуги в порядке и в сроки, предусмотренные условиями настоящего Договора.

1.2. Взаимодействие Сторон осуществляется 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 06.12.2021 № 405-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2012 № 1376 «Об утверждении Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг», Правил обязательного медицинского страхования, утверждённых приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила ОМС, приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.01.2011 №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования») и Порядка взаимодействия при предоставлении Услуги (Приложение №1).

2. Права и обязанности Агента

2.1. Агент обязан:

2.1.1. Осуществлять прием заявлений от застрахованных лиц или их представителей согласно Порядка оформления полиса ОМС (Приложение № 1) и направлять их Принципалу:

- о выборе (замене) страховой медицинской организации, (Приложение № 3) к настоящему Договору);

- о переоформлении полиса ОМС (Приложение № 4);

- о включении в единый регистр застрахованных лиц (Приложение № 5);

- о приостановлении действия полиса ОМС, (Приложение № 6);

- о сдаче полиса ОМС на материальном носителе (Приложение № 7);

- запрос выписки (Приложение № 8).

2.1.2. Осуществлять выдачу застрахованному лицу или его представителю:

- изготовленного до 01.12.2022 г. полиса обязательного медицинского страхования;
- выписки о полисе из ЕРЗЛ (Приложение № 9).

2.1.3. Осуществлять прием заявлений как лично от застрахованного, так и через представителя застрахованного на основании доверенности (Приложение №10 и №11)

2.1.4. Зарегистрировать факт приема указанных Заявлений в журнале учета заявлений от застрахованных лиц или их представителей, а также выданных выписок и полисов ОМС за подписью застрахованного лица (его представителя).

2.1.5. Предоставлять застрахованному лицу памятку для лиц, застрахованных по ОМС с разъяснениями о правах и обязанностях в сфере обязательного медицинского страхования (Приложение № 12 и 13).

2.1.6. Осуществлять ввод данных застрахованных лиц с использованием программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС ПК Регистр, в строгом соответствии с Соглашением об использовании программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС.

В течение одного рабочего дня после получения от СМО файла ошибок предоставлять уточненные и/или исправленные сведения в адрес СМО в виде файлов установленного образца.

2.1.7. Ежемесячно в срок до 10 числа, следующего за отчетным периодом, предоставлять СМО Сводный отчет о количестве принятых заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявлений о переоформлении полиса ОМС, о приостановлении действия полиса ОМС, о сдаче (утрате) полиса ОМС на материальном носителе, выданных выписок из ЕРЗЛ и полисов обязательного медицинского страхования.

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

2.1.9. Предоставлять услуги в сфере ОМС собственными силами. Не передавать права и обязанности по настоящему Договору другим лицам без предварительного письменного согласия СМО.

2.1.10. Незамедлительно информировать СМО о невозможности передачи информации, перечисленной в пунктах 2.1.6, 2.1.7, с указанием причин.

2.1.11. Обеспечить учет и хранение Заявлений и доверенностей представителей застрахованных лиц для дальнейшей передачи их СМО.

2.1.12. Известить СМО об обстоятельствах, препятствующих исполнению принятых обязательств по настоящему Договору, используя для этих целей любые средства связи (электронную почту, телефонный звонок) незамедлительно, с момента их возникновения.

2.1.13. Передать СМО в течение 3 рабочих дней с момента расторжения настоящего Договора всю документацию и отчетность, предусмотренную настоящим Договором, а также ранее полученные и неиспользованные бланки строгой отчетности по акту приема-передачи и другие документы, полученные в целях исполнения настоящего Договора.

2.1.14. Регистрировать выдачу застрахованному лицу или его уполномоченному представителю полиса ОМС в журнале учета выдачи выписок из ЕРЗЛ, а также выданных полисов ОМС единого образца, в котором соответствующее лицо расписывается в его получении.

2.1.15. Полисы обязательного медицинского страхования хранятся в МФЦ до выдачи заявителю. Недействительные, не востребовавшие и испорченные бланки подлежат возврату СМО по Акту приема-передачи. (Приложение №14)

2.1.16. Информировать застрахованных или их уполномоченных представителей о готовности полиса ОМС.

2.1.17. Осуществлять выдачу застрахованным лицам или их уполномоченным представителям изготовленных полисов ОМС, полученных от СМО при предъявлении ими документов, удостоверяющих личность, а в случае необходимости, также документов, подтверждающих полномочия на получение полиса ОМС.

2.1.18. Своевременно направлять уполномоченного представителя в филиал для получения документов, принятых МФЦ от заявителей для предоставления услуг в сфере ОМС в целях исполнения настоящего договора.

2.1.19. Обрабатывать персональные данные заявителей или их представителей в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ.

2.1.20. Предоставлять по требованию Принципала документы, касающиеся предоставления услуг (в том числе электронный документооборот) и осуществлять контроль в рамках исполнения настоящего Договора.

2.2. Порядок передач, учета и возврата документов

2.2.1. Агент передает Принциалу следующие документы:

- подлинники заявлений;
- журналы регистрации выдачи полисов ОМС;
- журналы регистрации переоформленных полисов ОМС других СМО;
- не востребоваанные полисы ОМС, срок хранения которых превышает три года;

2.2.2. Бланки полисов ОМС передаются на основании Акта приема-передачи (Приложение № 14 к настоящему Договору).

В актах приема-передачи полисов ОМС указываются номера полисов ОМС

2.2.3. Передача документов, указанных в пункте 2.2. производится ежемесячно не позднее 10 (десятого) рабочего дня месяца, следующего за отчетным месяцем, на основании Актов приема-передачи.

2.2.4. Прием и передача документов, указанных в настоящем разделе, производится по адресу Агента, указанному в настоящем Договоре.

2.3. Агент имеет право:

2.3.1. Получать от Принципала вознаграждение за оказанные Услуги согласно п. 4.3., п.4.4. Договора.

2.3.2. Получать от Принципала документы и информацию, необходимую для оказания Услуг.

2.3.3. Требовать от Принципала надлежащего исполнения обязательств по Договору.

2.3.4. Выступать инициатором проведения рабочих встреч по обучению сотрудников МФЦ в рамках предоставления услуг в сфере ОМС.

2.3.5. Получать от Принципала консультации, информацию и материалы по всем вопросам, связанным с исполнением настоящего Договора.

2.4. Агент не несет ответственности перед гражданами за неисполнение (ненадлежащее исполнение) Принципалом своих обязательств.

3. Права и обязанности Принципала

3.1. Принципал обязуется:

3.1.1. Своевременно и в полном объеме обеспечить МФЦ всеми документами, необходимыми для выполнения обязательств по настоящему Договору, в том числе памятками для застрахованных лиц. Неисполнение МФЦ обязанности по выдаче заявителю указанных бланков и документов по причине непредставления или несвоевременного предоставления СМО не может считаться ненадлежащим исполнением МФЦ обязательств по настоящему договору.

3.1.2. Оказывать содействие МФЦ в надлежащем исполнении принятых на себя обязательств по настоящему Договору путем консультирования по телефону уполномоченных лиц МФЦ.

3.1.3. Разъяснять МФЦ применение правил и условий обязательного медицинского страхования по вопросам предоставления услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора.

3.1.4. Своевременно сообщать МФЦ об изменениях в Правилах ОМС и условиях обязательного медицинского страхования.

3.1.5. Принять от Агента Акт об оказании услуг.

3.1.6. Обеспечить работоспособность и доступность веб-сервиса Принципала, необходимого для осуществления Агентом своих действий по настоящему договору. Использовать при обмене электронными сообщениями защищенные каналы связи, согласованные Агентом.

3.1.7. Оплачивать Агенту вознаграждение в соответствии с разделом 4 настоящего Договора.

3.2. Принципал вправе:

3.2.1. Требовать от Агента надлежащего исполнения своих обязательств.

3.2.2. Выступать инициатором проведения рабочих встреч по обучению сотрудников МФЦ в рамках предоставления услуг в сфере ОМС.

3.2.3. Осуществлять контроль за деятельностью Агента в рамках исполнения настоящего Договора и в согласованное с Агентом время проводить сверки.

4. Агентское вознаграждение и порядок расчетов

4.1. По результатам каждого месяца Стороны подписывают Акт об оказании услуг (Приложение № 15). Акт является основанием для проведения окончательных расчетов по выплате вознаграждения Агенту за соответствующий месяц.

4.2. Акт составляется Агентом ежемесячно в двух экземплярах, которые направляются Принципалу в срок не позднее десятого числа месяца, следующего за отчетным. В течение десяти рабочих дней с момента получения от Агента вышеуказанного Акта Принципал обязан, при отсутствии возражений, подписать и направить Агенту согласованный Акт или направить свои мотивированные возражения. При неполучении от Принципала в течение указанного срока мотивированных возражений, Акт за отчетный квартал считается подписанным Принципалом.

4.3. На основании подписанного Сторонами Акта Агент направляет Принципалу счет на оплату причитающегося Агенту вознаграждения, оформленный в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

4.4. За выполнение работ (оказание услуг) по настоящему Договору Принципал оплачивает Агенту вознаграждение по тарифу, представленному в Приложении № 2 к Договору.

4.5. Вознаграждение выплачивается Принципалом путем безналичного перечисления денежных средств на счет Агента, указанный в счете, в течение 10 (десяти) банковских дней с

момента получения от Агента счета и счета-фактуры. Сумма НДС по вознаграждению, выплачиваемому Агенту, выделяется отдельной строкой.

4.6. Расходы, понесенные Агентом в связи с исполнением Договора, включены в стоимость услуг и не подлежат дополнительному возмещению Принципалом.

4.7. Сторона, желающая изменить размер вознаграждения Агента, уведомляет другую сторону за 30 (тридцать) календарных дней о своем намерении.

4.8. Изменение размера вознаграждения вступает в силу после заключения Сторонами Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

5. Взаимные обязательства Сторон

5.1. Для реализации настоящего Договора Стороны обязуются:

5.1.1. Содействовать друг другу в создании условий для повышения спроса на оказываемые услуги.

5.1.2. Предоставлять друг другу помощь, оказывать взаимные услуги на взаимовыгодной основе.

5.1.3. Содействовать достижению общих целей в соответствии с уставными и экономическими интересами каждой из участвующих в настоящем Договоре Сторон.

5.1.4. Осуществлять взаимодействие на основе равенства, честного партнерства и защиты интересов друг друга.

5.1.5. Обмениваться имеющейся в распоряжении сторон информацией, необходимой для исполнения обязательств по Договору.

5.1.6. Оказывать друг другу необходимую организационную, информационную и консультационную помощь.

5.1.7. Создавать позитивный имидж Сторон.

5.1.8. В рамках настоящего Договора действовать добросовестно с учетом взаимных интересов, основываясь на консультациях и согласованиях между Сторонами.

5.1.9. Своевременно рассматривать представленные для согласования программы взаимодействия и иные документы в рамках настоящего Договора.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной в ходе реализации Договора.

6.2. По взаимному согласию Сторон в рамках Договора, конфиденциальной признается любая информация, касающаяся предмета и содержания Договора, хода ее исполнения и полученных результатов, а также информация о субъектах персональных данных. Каждая из Сторон обеспечивает защиту конфиденциальной информации, ставшей доступной ей в рамках Договора, от несанкционированного использования, распространения или публикации. Такая информация не будет передаваться третьим лицам без письменного разрешения другой Стороны, за исключением случаев, прямо предусмотренных действующим законодательством РФ, и использоваться в иных целях, кроме выполнения обязательств по Договору.

6.3. Любой ущерб, вызванный нарушением условий конфиденциальности, определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. Обязательства Сторон по защите конфиденциальной информации распространяются на все время действия Договора, а также после прекращения его действия.

6.5. Стороны договорились, что обмен персональными данными и другой конфиденциальной информации, в рамках исполнения Договора, будет осуществляться в том

числе по закрытым каналам связи и/или с использованием средств защищенного документооборота.

6.6. Стороны обязуются не использовать информацию, полученную в процессе сотрудничества, иначе как для реализации условий и положений Договора. Стороны Договора должны принимать все необходимые, и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной в связи с заключением, изменением, расторжением и исполнением Договора информации третьим лицам.

6.7. Стороны обязуются обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных при их обработке в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

6.8. При обработке персональных данных Стороны обязуются принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования предоставления, распространения, а также от иных неправомерных действий

6.9. Стороны гарантируют ограничение обработки персональных данных достижением целей, определенных в Договоре, и недопущение обработки персональных данных, несовместимой с целями сбора персональных данных.

6.10. Агент обязуется получать у субъектов персональных данных согласие на их обработку,

включая согласие на передачу данных Принциалу, в соответствии с законодательством о персональных данных.

6.11. Для реализации своих прав и исполнения обязанностей по Договору Стороны договорились установить следующие способы обмена информацией:

- электронная связь, в том числе по защищенным каналам связи (при передаче сведений, содержащих персональные данные);

- передача документов по описи лично в руки представителю Принципала (Агента).

6.12. Стороны договорились, что для целей взаимодействия по Договору ими будут использоваться адреса и телефоны, указанные в Приложении №17 к Договору.

7. Ответственность сторон

7.1. За использование информации, полученной в соответствии с настоящим Договором, способами или в форме, которые наносят ущерб правам и законным интересам Сторон, а также за нарушение режима конфиденциальности указанной информации, Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.2. При возникновении спорных ситуаций Стороны должны использовать все возможности для поиска взаимоприемлемого решения на условиях настоящего Договора или иных согласованных условиях.

7.3. В случае невозможности принятия согласованного решения все споры и разногласия подлежат разрешению в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке в Арбитражном суде Республики Дагестан.

8. Срок действия договора и его расторжение

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует по полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору и действует в течении 1 года.

8.2. Агентский договор от 31 декабря 2016 г. признать утратившим силу.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны Уполномоченными представителями Сторон.

8.4. Договор, может быть, расторгнут по инициативе одной из Сторон при условии письменного уведомления о расторжении Договора другой Стороны не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения. Договор будет считаться расторгнутым только после проведения полного взаиморасчета между Сторонами.

8.5. В случае, если до истечения срока действия настоящего договора ни одна из Сторон не известила другую о его расторжении, действие настоящего Договора автоматически продлевается на каждый следующий календарный год.

8.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9. Прочие условия

9.1. Действие Договора распространяется на филиалы ГАУ РД «МФЦ в РД», расположенные на территории Республики Дагестан, перечень которых устанавливается в Приложении № 17 к настоящему Договору.

9.2. Договор основывается на добровольном волеизъявлении Сторон, которые обязуются добросовестно и неукоснительно выполнять принятые на себя обязательства, воздерживаться от действий, которые могли бы нанести экономический или иной ущерб другой Стороне.

9.3. Вся информация, предоставляемая Сторонами друг другу и/или ставшая известной Сторонам в период действия Договора, является конфиденциальной. Каждая из Сторон может сообщать третьим лицам информацию, являющуюся конфиденциальной в рамках Договора, только с письменного согласия другой Стороны, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В случае передачи информации, являющейся конфиденциальной, третьим лицам с нарушением установленного Договором порядка, виновная в этом Сторона возмещает другой Стороне все причиненные указанными действиями обоснованные и документально подтвержденные убытки. В случае прекращения Договора Стороны обязуются не разглашать и не использовать в своих интересах и/или интересах третьих лиц конфиденциальную информацию.

9.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются Дополнительными соглашениями и подписываются обеими Сторонами.

9.5. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9.6. Стороны признают юридическую силу документов и переписки, полученных по каналам связи, наравне с документами, заполненных на бумажных носителях. Исключениями, для которых обязательна простая письменная форма, являются: отчетные и финансовые документы, претензии, а также, если Договором прямо предусмотрено направление соответствующего уведомления в письменной форме. Документы, направляемые Сторонами, оформляются на бланке организации и подписываются лицом, имеющим полномочия выступать от имени организации Уставными документами организации или представителями организации, действующими по доверенности.

9.7. Стороны принимают на себя всю ответственность за действия лиц, имеющих доступ к каналам связи.

9.8. Стороны обязаны уведомлять друг друга в течение 5 (пяти) рабочих дней об изменении своего местонахождения, почтового адреса, адреса электронной почты, номеров телефонов, банковских реквизитов, а также обо всех других изменениях, имеющих существенное значение для полного и своевременного исполнения обязательств по настоящему Договору.

9.9. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

9.10. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9.11. Следующие приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью:

Приложение № 1- Порядок оформления полиса ОМС

Приложение № 2 - Спецификация;

Приложение № 3 - Бланк заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;

Приложение № 4 - Бланк заявления о переоформлении полиса ОМС;

Приложение № 5 - Бланк заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц

Приложение № 6 – о приостановлении действия полиса ОМС;

Приложение № 7- о сдаче (утрате) полиса ОМС на материальном носителе;

Приложение № 8- запрос выписки на предоставление выписки из единого регистра ЗЛ

Приложение № 9- выписка из ЕРЗЛ о полисе ОМС

Приложение № 10- доверенность

Приложение № 11- доверенность на ребенка

Приложение № 12- памятка застрахованным в системе ОМС

Приложение № 13- памятка застрахованным о цифровом полисе ОМС

Приложение № 14- Акт о приеме-сдаче БСО, оформленных заявлений и доверенностей

Приложение № 15- Акт об оказании услуг

Приложение № 16- контактная информация сторон

Приложение № 17- перечень филиалов МФЦ в РД

Приложение № 18- Журнал регистрации выдачи полисов ОМС;

Приложение № 19- Журнал регистрации переоформленных полисов ОМС других СМО

Приложение № 20- Соглашение об использовании программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС ПК Регистр

10. ФОРС-МАЖОР

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате событий чрезвычайного характера. Такие события включают, но не ограничиваются, объявленную или фактическую войну, гражданские волнения, эпидемии, энергетические аварии, блокаду, землетрясения, наводнения, извержения вулкана, пожары, другие стихийные бедствия, акты органов государственной власти, имеющие влияние на исполнение обязательств, а также любые другие события, которые стороны не могли предвидеть и предотвратить разумными мерами.

10.2. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы, сторона должна в течение 10 (десяти) календарных дней известить о них другую сторону устно или электронным сообщением, с последующим направлением извещения по почте. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств непреодолимой силы, а также, по возможности, оценку их влияния на

возможность исполнения стороной обязательств по настоящему Договору и на срок исполнения этих обязательств.

10.3. Стороны не несут ответственности за любой ущерб, включая убытки, а также расходов, связанные с претензиями или требованиями третьих лиц, которые могут возникнуть в результате обстоятельств непреодолимой силы.

10.4. Если обстоятельство непреодолимой силы вызывает существенное нарушение неисполнение обязательств по настоящему Договору, длящееся более 60 (шестидесяти) календарных дней каждая Сторона имеет право прекратить действие настоящего Договора после подачи другой Сторон предварительного письменного уведомления о своем намерении прекратить действие Договора.

11. Реквизиты и подписи Сторон

Принципал:

Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания»

Юридический адрес: 115184, г. Москва, ул. Малая Ордынка, д. 50

Адрес филиала АО «МАКС-М» в г.Махачкале: 367026 пр.И.Шамиля, 36л

Тел.: (8722) 67-17-84, факс (8722) 67-17-56

Банковские реквизиты:

ИНН 7702030351 КПП 770501001

Банк: ПАО Сбербанк г.Москва

БИК 044525225

Р/с 40701810938180120035

К/с 30101810400000000225

Агент:

Государственное автономное учреждение Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан»

Адрес: 368300, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр. Насрудинова д.1.

ИНН 0572004299

ОГРН 1130572000668

КПП 057201001

Генеральный директор АО «МАКС-М»

/Мартьянова Н.В./



2023 г.

Директор ГАУ МФЦ в РД

М.И. Арсланадиев



2023 г.

Порядок оформления полиса ОМС

1. При приеме заявления о выборе СМО и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц (далее – ЕРЗЛ) Исполнитель обязан:

1.1. При оформлении заявления в электронной базе данных (далее – БД Регистр)

1.1.1. Внести в форму заявления в БД Регистр следующие сведения:

- отметку о причине подачи заявления, о форме выписки из ЕРЗЛ;
- отметку об отсутствии полиса ОМС единого образца;
- сведения о застрахованном лице в соответствии с документом, удостоверяющим его личность, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); СНИЛС (при наличии);
- категорию застрахованного лица;
- контактную информацию застрахованного лица (номер мобильного телефона, адрес электронной почты);
- отметку о приоритетном способе информирования;
- сведения о представителе застрахованного лица (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – законный представитель, а также для лиц, достигших совершеннолетия, подавших заявление через представителя), в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; статус законного представителя (при наличии); сведения о документе, удостоверяющем статус законного представителя; полис обязательного медицинского страхования и СНИЛС (при наличии); адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); доверенность на представителя;
- дату заявления.

1.1.2. В случае отсутствия в БД Регистр информации о присвоенном застрахованному лицу ЕНП – распечатать заявление о выборе СМО и заявление о включении в ЕРЗЛ (в 2 экз.).

В заявлениях:

- получить подпись застрахованного лица или его представителя с расшифровкой подписи, подчеркиванием (кто осуществил подпись) в графах:

- «Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста, военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом»;
 - «Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю»;
 - «Согласен (-на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО...»;
 - «Согласие на персональную обработку данных в соответствии с частью 4 ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 №152 ФЗ «О персональных данных...»;
- обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати.

Исправления в заявлении не допускаются.

1.1.3. Один экземпляр заявления о включении в ЕРЗЛ с подписью представителя СМО и печатью СМО выдать застрахованному лицу в качестве подтверждения его включения в ЕРЗЛ.

1.1.4. В случае наличия в БД Регистр информации о присвоенном застрахованному лицу ЕНП – сформировать из БД Регистр выписку о полисе ОМС из ЕРЗЛ согласно п.6.1.3-6.1.5 настоящего порядка.

1.1.5. Информировать о правах и обязанностях застрахованных лиц, получении бесплатной, качественной медицинской помощи по программе ОМС, порядке получения выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС.

1.1.6. Внести данные о заявлении в Журнал учета заявлений.

1.2. При подаче самостоятельно оформленного застрахованным лицом заявления о выборе СМО

1.2.1. Проверить наличие в заявлении сведений, указанных в п. 1.1.1 настоящего порядка, и правильность их заполнения.

1.2.2. Проверить наличие подписей, указанных в п. 1.1.3 настоящего порядка.

1.2.3. Внести в БД Регистр сведения о застрахованном лице и его представителе (при наличии) согласно принятому заявлению.

1.2.4. Получить от застрахованного лица оформленное заявление о включении в ЕРЗЛ или при его отсутствии - распечатать заявление о включении в ЕРЗЛ из БД Регистр.

1.2.5. Проверить данные, указанные в заявлении о включении в ЕРЗЛ, аналогично п.1.2.1, 1.2.2 настоящего порядка.

1.2.6. Осуществить действия, указанные в п.1.1.2-1.1.6 настоящего порядка.

2. При приеме заявления о замене СМО Исполнитель обязан:

2.1. При оформлении заявления в БД Регистр

2.1.1. Внести в электронную форму заявления в БД Регистр:

- отметку о причине замены СМО;
- номер полиса ОМС единого образца, наименование СМО, в которой был ранее застрахован гражданин;
- сведения о застрахованном лице в соответствии с документом, удостоверяющим его личность, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); СНИЛС (при наличии);
- категорию застрахованного лица;
- контактную информацию застрахованного лица (номер мобильного телефона, адрес электронной почты);
- отметку о приоритетном способе информирования;

- сведения о представителе застрахованного лица (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – законный представитель, а также для лиц, достигших совершеннолетия, подавших заявление через представителя), в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; статус законного представителя (при наличии); сведения о документе, удостоверяющем статус законного представителя; полис обязательного медицинского страхования и СНИЛС (при наличии); адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); наличие доверенности на представителя;

- дату заявления.

2.1.2. Распечатать заявление о замене СМО (при обращении ЗЛ без полиса на бланке, необходимо распечатать в 2 экз.).

В заявлении:

- получить подпись застрахованного лица или его представителя с расшифровкой подписи, подчеркиванием (кто осуществил подпись) в графах:

- «Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста, военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом»;
- «Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю»;
- «Согласен (-на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО...»;
- «Согласие на персональную обработку данных в соответствии с частью 4 ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 №152 ФЗ «О персональных данных...»;

- обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати.

Исправления в заявлении не допускаются.

2.1.3. В случае наличия у застрахованного лица полиса ОМС на бланке единого образца внести сведения о выбранной страховой медицинской организации в бланк полиса (на электронный полис сведения вносятся при наличии у застрахованного лица пароля доступа держателя пластиковой карты), проставить дату регистрации в качестве застрахованного лица (соответствует дате принятия заявления о замене СМО), обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати;

2.1.4. В случае отсутствия у застрахованного лица полиса ОМС на бланке единого образца - выдать застрахованному лицу один экземпляр заявления о замене СМО с подписью представителя СМО и печатью СМО в качестве подтверждения подачи заявления в СМО, а также проинформировать ЗЛ о порядке получения выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС после положительного решения ТФОМС о внесении изменений в ФЕРЗЛ.

2.1.5. При наличии отметки в заявлении о замене СМО о необходимости выдачи выписки о полисе ОМС из ЕРЗЛ и принятого положительного решения ТФОМС о внесении изменений в ФЕРЗЛ – сформировать из БД Регистр выписку о полисе ОМС из ЕРЗЛ согласно п.6.1.3-6.1.5 настоящего порядка.

2.1.6. Внести данные о полисе ОМС в Журнал регистрации полисов ОМС из других СМО, получить подпись в журнале застрахованного лица или его представителя (в журнал вносится запись – по доверенности).

2.1.7. Информировать о правах и обязанностях застрахованных лиц, получении бесплатной, качественной медицинской помощи по программе ОМС, порядке получения выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС.

2.1.8. Внести данные о заявлении в Журнал учета заявлений.

2.2. При подаче самостоятельно оформленного застрахованным лицом заявления о замене СМО

2.2.1. Проверить наличие в заявлении сведений, указанных в п. 2.1.1 настоящего порядка, и правильность их заполнения.

2.2.2. Проверить наличие подписей, указанных в п. 2.1.2 настоящего порядка.

2.2.3. Внести в БД Регистр сведения о застрахованном лице и его представителе (при наличии) согласно принятому заявлению.

2.2.4. Осуществить действия, указанные в п.2.1.3 – 2.1.8 настоящего Порядка.

3. При приеме заявления о переоформлении полиса ОМС Исполнитель обязан:

3.1. При оформлении заявления в БД Регистр

3.1.1. Внести в электронную форму заявления в БД Регистр:

- отметку о форме выписки из ЕРЗЛ;
- отметку о причине переоформления;
- сведения о застрахованном лице в соответствии с документом, удостоверяющим его личность, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); СНИЛС (при наличии);
- категорию застрахованного лица;
- контактную информацию застрахованного лица (номер мобильного телефона, адрес электронной почты);
- отметку о приоритетном способе информирования;
- сведения о застрахованном лице до изменения или исправления данных;
- сведения о представителе застрахованного лица (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – законный представитель, а также для лиц, достигших совершеннолетия, подавших заявление через представителя), в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; статус законного представителя (при наличии); сведения о документе, удостоверяющем статус законного представителя; полис обязательного медицинского страхования и СНИЛС (при наличии); адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); наличие доверенности на представителя;
- дату заявления.

3.1.2. Распечатать заявление (необходимо распечатать в 2 экз.), в заявлениях:

- получить подпись застрахованного лица или его представителя с расшифровкой подписи, подчеркиванием (кто осуществил подпись) в графах:
 - «Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста, военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом»;
 - «Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю»;
 - «Согласен (-на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО...»;
 - «Согласие на персональную обработку данных в соответствии с частью 4 ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 №152 ФЗ «О персональных данных...»;
- обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати.

Исправления в заявлении не допускаются.

3.1.3. Один экземпляр заявления о переоформлении полиса ОМС с подписью представителя СМО и печатью СМО выдать застрахованному лицу в качестве подтверждения подачи заявления в СМО, а также проинформировать ЗЛ о порядке получения выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС после положительного решения ТФОМС о внесении изменений в ФЕРЗЛ.

3.1.4. В случае наличия отметки в заявлении о необходимости выдачи выписки о полисе ОМС из ЕРЗЛ и принятого положительного решения из ТФОМС о внесении изменений в ФЕРЗЛ – сформировать из БД Регистр выписку о полисе ОМС из ЕРЗЛ согласно п.6.1.3 – 6.1.5 настоящего порядка.

3.1.5. Информировать о правах и обязанностях застрахованных лиц, получении бесплатной, качественной медицинской помощи по программе ОМС.

3.1.6. Внести данные о заявлении о переоформлении полиса ОМС в Журнал учета заявлений.

3.2. При подаче самостоятельно оформленного застрахованным лицом заявления:

3.2.1. Проверить наличие в заявлении сведений, указанных в п. 3.1.1 настоящего порядка, и правильность их заполнения.

3.2.2. Проверить наличие подписей, указанных в п. 3.1.2 настоящего порядка.

3.2.3. Внести в БД Регистр сведения о застрахованном лице и его представителе (при наличии) согласно принятому заявлению.

3.2.4. Осуществить действия, указанные в п.3.1.3 – 3.1.6 настоящего Порядка.

4. При приёме заявления о приостановлении действия полиса ОМС, заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе Исполнитель обязан:

4.1. При оформлении заявления в БД Регистр

4.1.1. Внести в электронную форму заявления в БД Регистр:

- номер полиса ОМС (в случае сдачи полиса ОМС на материальном носителе), отметку об утрате (при необходимости);

- сведения о застрахованном лице в соответствии с документом, удостоверяющим его личность, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); СНИЛС (при наличии);

- контактную информацию застрахованного лица (номер мобильного телефона, адрес электронной почты);

- сведения о представителе застрахованного лица, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); дата рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты доверенности на представителя; номер мобильного телефона, адрес электронной почты;

- дату заявления.

4.1.2. Распечатать заявление в 2 экз., в заявлениях:

- получить подпись застрахованного лица или его представителя с расшифровкой подписи, подчеркиванием (кто осуществил подпись) в графе «Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю»;

- обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати.

Исправления в заявлении не допускаются.

4.1.3. Один экземпляр заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе или о приостановлении действия полиса ОМС с подписью представителя СМО и печатью СМО выдать застрахованному лицу в качестве подтверждения подачи заявления в СМО.

4.1.4. Внести данные о заявлении о приостановлении действия полиса ОМС, о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе в Журнал учета заявлений.

4.1.5. В случае сдачи застрахованным лицом полиса ОМС на материальном носителе передать бланк полиса ОМС Заказчику в течение 10 рабочих дней с даты его сдачи.

4.2. При подаче самостоятельно оформленного застрахованным лицом заявления:

4.2.1. Проверить наличие в заявлении сведений, указанных в п. 4.1.1 настоящего порядка, и правильность их заполнения.

4.2.2. Проверить наличие подписей, указанных в п. 4.1.2 настоящего порядка.

4.2.3. Внести в БД Регистр сведения о застрахованном лице и его представителе (при наличии) согласно принятому заявлению.

4.2.4. Осуществить действия, указанные в п.4.1.3 – 4.1.5 настоящего Порядка.

5. При обращении ЗЛ с полисом старого образца

5.1. При оформлении заявления в БД Регистр

5.1.1. Внести в электронную форму заявления в БД Регистр следующие сведения:

- отметку о причине подачи заявления;
- сведения о застрахованном лице в соответствии с документом, удостоверяющим его личность, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); СНИЛС (при наличии);
- категорию застрахованного лица;
- контактную информацию застрахованного лица (номер мобильного телефона, адрес электронной почты);
- отметку о приоритетном способе информирования;
- сведения о представителе застрахованного лица (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – законный представитель, а также для лиц, достигших совершеннолетия, подавших заявление через представителя), в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; статус законного представителя (при наличии); сведения о документе, удостоверяющем статус законного представителя; полис обязательного медицинского страхования и СНИЛС (при наличии); адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); наличие доверенности на представителя;
- дату заявления.

5.1.2. Сформировать из БД Регистр запрос на предоставление выписки о полисе

5.1.3. В распечатанном запросе:

- получить подпись застрахованного лица или его представителя с расшифровкой подписи, подчеркиванием (кто осуществил подпись) в графе «Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю»;
 - обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати.
 - сформировать из БД Регистр выписку о полисе ОМС из ЕРЗЛ согласно п.6.2 настоящего порядка.
- 5.1.4. При выдаче выписки внести данные о выдаче выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС в Журнал выдачи выписок о полисе ОМС (регистрации полисов ОМС), получить в журнале подпись

застрахованного лица или его представителя с предоставлением доверенности (в журнал вносится запись – по доверенности).

5.1.5. Выдать памятку застрахованному лицу.

5.1.6. Информировать о правах и обязанностях застрахованных лиц, получении бесплатной, качественной медицинской помощи по программе ОМС.

6. При выдаче выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС застрахованному лицу Исполнитель обязан:

6.1. При выдаче выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС на основании запроса на предоставление выписки

6.1.1. При оформлении формы запроса в БД Регистр - внести в электронную форму запроса в БД Регистр (при подаче самостоятельно оформленного застрахованным лицом запроса- проверить):

- сведения о застрахованном лице в соответствии с документом, удостоверяющим его личность, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства (на основании регистрации); адрес места пребывания (в случае, отличном от места проживания вносится на основании фактического места проживания); СНИЛС (при наличии);

- контактную информацию застрахованного лица (номер мобильного телефона, адрес электронной почты);

- сведения о представителе застрахованного лица, в т.ч. фамилия, имя, отчество (при наличии); дата рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; реквизиты доверенности на представителя; номер мобильного телефона, адрес электронной почты;

- дату запроса.

6.1.2. В распечатанном запросе:

- получить подпись застрахованного лица или его представителя с расшифровкой подписи, подчеркиванием (кто осуществил подпись) в графе «Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю»;

- обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати.

6.1.3. Распечатать из БД Регистр выписку из ЕРЗЛ о полисе ОМС, проставить печать СМО, отметку о том, кем и когда выдана выписка.

6.1.4. Внести данные о выдаче выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС в Журнал выдачи выписок о полисе ОМС (регистрации полисов ОМС), получить в журнале подпись застрахованного лица или его представителя с предоставлением доверенности (в журнал вносится запись – по доверенности).

6.1.5. Выдать памятку застрахованному лицу;

6.2. При выдаче выписки из ЕРЗЛ о полисе ОМС на основании заявления о выборе (замене), переоформлении полиса ОМС

Осуществить действия, указанные в п.6.1.3 – 6.1.5 настоящего Порядка.

7. При выдаче полиса ОМС застрахованному лицу (по заявлениям, поданным до 01.12.2022г.) Исполнитель обязан:

7.1. Изъять временное свидетельство у застрахованного лица (при отсутствии временного свидетельства по причине утери – сделать отметку в журнале регистрации выдачи полисов и временных свидетельств или в Журнале регистрации выдачи полисов) и передать его ответственному сотруднику компании.

7.2. На обратной стороне полиса внести сведения о СМО, дату регистрации в качестве застрахованного лица (датой регистрации в качестве застрахованного лица, является дата подачи

заявления о выборе (замене) СМО в страховую медицинскую организацию), обеспечить проставление подписи представителя СМО с расшифровкой ФИО и оттиском печати.

7.3. Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих на территории РФ, срок действия полиса ОМС равен сроку действия разрешения на временное проживание, но не позднее даты окончания текущего календарного года. При этом при оформлении полиса в ноябре-декабре – не позднее даты окончания следующего календарного года. Для лиц, имеющих статус беженца, срок действия - до конца срока действия свидетельства о предоставлении временного убежища.

7.4. Получить подпись застрахованного лица на полисе.

7.5. Внести данные о выданном полисе в Журнал регистрации выдачи полисов за подписью застрахованного лица или его представителя с предоставлением доверенности (в журнал вносится запись – по доверенности).

7.6. Выдать памятку застрахованному лицу.

8. Общие требования по ведению документооборота.

8.1. Работа с заявлениями.

Исполнитель в конце каждого рабочего дня осуществляет проверку заявлений на:

- соответствие количества принятых заявлений количеству записей в журналах регистрации выдачи полисов ОМС, учета заявлений;
- наличие подписей застрахованного лица или его представителя;
- подписи представителя СМО, печати СМО.

Принятые заявления хранятся по дате приема.

Доверенности на представителя застрахованного подшиваются к заявлению.

Заявления хранятся в металлических шкафах.

Проверить сформированные заявления на:

- соответствие количества принятых заявлений количеству выгрузке из базы данных застрахованных граждан за отчетный месяц;
- наличие подписей застрахованного лица или его представителя;
- наличие подписи представителя СМО, печати СМО.

При отсутствии замечаний к оформлению заявлений, соответствию количества заявлений количеству записей в базе данных застрахованных, заявления сшиваются, ставится подпись представителя Заказчика, осуществившего проверку, печать СМО.

При выявлении замечаний, заявления возвращаются Исполнителю для их устранения. Срок устранения замечаний – не более 2-х рабочих дней.

После устранения замечаний, формируются папки по заявлениям:

- «Заявления о выборе СМО» совместно с «Заявлением о включении в ЕРЗЛ»
- «Заявления о замене СМО»
- «Заявления о переоформлении полиса ОМС»
- «Заявления о приостановлении действия полиса ОМС» и «Заявления о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе»

Заявления сшиваются, ставится подпись представителя Заказчика, осуществившего проверку, печать СМО.

8.2. Работа с журналами:

Журналы регистрации выдачи полисов ОМС (выписок о полисе), регистрации полисов ОМС из других СМО, учета заявлений должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью СМО. В журналах не допускаются исправления.

Журналы хранятся в металлических шкафах.

Представитель проверяет:

- соответствие количества выданных полисов ОМС по журналу количеству выданных полисов согласно выгрузке из базы данных застрахованных граждан за отчетный месяц;
- наличие подписей застрахованных лиц или их представителей;
- наличие подписей сотрудника (лица, привлеченного по договору ВОУ) СМО.

Не выданные бланки полисов ОМС хранятся в сейфе или металлическом шкафу.

В срок до 3-го числа месяца, следующего за отчетным месяцем, Исполнитель осуществляет инвентаризацию не выданных бланков полисов ОМС, проверяет полученный остаток БСО на соответствие количеству остатка, указанному в личном отчете. В случае расхождения данных по остаткам БСО, в течение 2-х рабочих дней устраняет выявленные несоответствия.

от 01.05.2023 № 3

Спецификация

Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания (АО «МАКС-М»)), именуемое в дальнейшем **Принципал**, в лице Генерального директора **Мартьяновой Надежды Васильевны**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Государственное учреждение Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» (ГАУ РД «МФЦ в РД»), в лице директора **Арсланалиева Магомедзмина Исамагомедовича**, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Агент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», во исполнение Агентского договора от _____ № _____ (далее-Договор) составили настоящую Спецификацию о нижеследующем:

1. Агент оказывает Принципалу следующие услуги по следующему вознаграждению:

Наименование услуг	Стоимость за единицу оказанной услуги
1. Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о выборе СМО	1 заявление 60 руб.
2. Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о замене СМО	1 заявление 60 руб.
3. Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о переоформлении полиса ОМС	1 заявление 60 руб.
4. Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о приостановлении действия полиса ОМС, о сдаче (утрате) полиса ОМС на материальном носителе	1 заявление 60 руб.
5. Выдача застрахованному лицу или его представителю полиса ОМС единого образца	1 полис 40 руб.

2. Настоящая спецификация является неотъемлемой частью настоящего Договора и вступает в силу с момента подписания Сторонами.

3. Настоящая Спецификация составлена в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу – по одному для каждой из Сторон.

Спецификация утверждена.

Принципал: АО «МАКС-М»

Агент: ГАУ «МФЦ в РД»

Генеральный директор
(подпись) _____ /Мартьянова Н.В./
М.П. 

Директор
(подпись) _____ /Арсланалиев М.И./
М.П. 

OT №

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации

Отсутствует

- 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 РФ 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 N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в РФ» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом

(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 _____ Номер _____

1.10. Дата выдачи _____ (число, месяц, год)

1.11. Гражданство: _____ (название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

а) почтовый индекс _____ б) субъект РФ _____ (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 _____ (число, месяц, год)

☐ лицо без определенного места жительства

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

а) почтовый индекс _____ б) субъект РФ _____ (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 _____ (число, месяц, год)

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

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 РФ (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____ (число, месяц, год)

1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС

номер _____ дата заключения договора _____ (число, месяц, год)

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

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

а) вид документа _____ б) номер _____ в) дата выдачи _____ (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

а) почтовый индекс _____ б) субъект РФ _____ (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 пребывания _____ (число, месяц, год)

1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

1.21. Контактная информация:

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

1.21.2. Адрес электронной почты _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица

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 «✓»)

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____ 2.6. Серия _____

2.7. Номер _____ 2.8. Дата выдачи _____ (число, месяц,
год)

2.9 _____

Выдан

2.10. Контактный телефон: домашний _____ мобильный _____

2.11. Гражданам РФ полис выдается без ограничения срока действия.

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

2.13. 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 14 Правил.

2.14. Временно проживающим на территории РФ 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.

2.15. 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.

2.16. 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

Дата: _____

Подпись застрахованного лица/его представителя
Заявление принял: _____

Расшифровка подписи _____

(число, месяц, год) _____

подпись представителя страховой медицинской организации
Выдано временное свидетельство № _____ Дата: _____
(число, месяц, год)

Расшифровка подписи _____

М.П. _____

Подпись застрахованного лица / его представителя _____

Расшифровка подписи _____

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____
 (республика, край, область, округ)
 в) район _____ г) город _____
 д) населенный пункт _____ е) улица _____
 (село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
 ж) № дома (владения) _____ з) корпус _____ и) квартира (ком.) _____
 (строение)
 к) дата регистрации по месту жительства _____
☐ лицо без определенного места жительства^{vi}

1.13 Адрес места пребывания^{vii} (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 _____
 (село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
 ж) № дома (владение) _____ з) корпус _____ и) квартира (ком.) _____
 (строение)

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации^{viii}:

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 (временное проживание) 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 государством – члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:

№ _____ дата _____, с _____ п _____
 подписания _____ о _____
 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) серия _____ б) номер _____

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) (при наличии) _____

1.21 Контактная информация:

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

1.21.2 Адрес электронной почты _____

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

☐ SMS-информирование;	☐ Почтовая рассылка;
☐ Электронная почта;	☐ Телефонный обзвон;
☐ Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	☐ Иные способы информирования (указать): _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных^{ix}

2.1 Фамилия _____ 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. ☐ 2.5 Дата рождения _____
 (пужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

3. Сведения о представителе застрахованного лица*

3.1 Фамилия _____ 3.2 Имя _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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

3.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 3.5 Дата рождения: _____
 (пужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

3.6 Гражданство: _____ (название государства; лицо без гражданства)

3.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

☐	Мать	☐	Опекун	☐	Усыновитель
☐	Отец	☐	Попечитель	☐	По доверенности

3.8 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 _____

3.9 Серия _____ Номер _____ 3.10 Дата выдачи _____ (число, месяц, год)

Кем выдан _____

3.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ (число, месяц, год)

3.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

3.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

3.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации¹:

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

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ лицо без определённого места жительства¹¹

3.15 Адрес места пребывания¹² (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 _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

3.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____

3.17 Адрес электронной почты _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ Дата: _____ (число, месяц, год)

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹³ _____ (расшифровка подписи)

Данные подтверждены: _____ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

☐ Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)¹⁴ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

_____ (подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴

_____ (расшифровка подписи)

☐ Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

_____ (подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴

_____ (расшифровка подписи)

¹ Для лиц, указанных в пунктах 38–42 Правил обязательного медицинского страхования.

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

¹ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

¹ Поле обязательное для заполнения.

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

¹ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

¹ Нужно подчеркнуть. Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на _____.

(наименование страховой медицинской организации (филиала))

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

о включении в единый регистр застрахованных лиц

☐ выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц.

1. Сведения о застрахованном лице

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность³⁴)

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

(нужное отметить знаком "v")

16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

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

1.11 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

(республика, край, область, округ)

(село, поселок и т.п.)

(проспект, переулок и т.п.)

лицо без определённого места жительства"

а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации

в) район _____ г) город _____ (республика, край, область, округ)
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)
ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации^{xxii}:
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) серия _____ б) номер _____

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) (при наличии) _____

1.21 Контактная информация:

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

1.21.2 Адрес электронной почты _____

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

☐ SMS-информирование;	☐ Почтовая рассылка;
☐ Электронная почта;	☐ Телефонный обзвон;
☐ Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	☐ Иные способы информирования (указать): _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица^{xxiii}

2.1 Фамилия _____ 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 Пол: муж. ☐ жен. ☐ 2.5 Дата рождения: _____
(нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)

2.6 Гражданство: _____ (название государства; лицо без гражданства)

2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"):

☐ Мать	☐ Опекун	☐ Усыновитель
☐ Отец	☐ Попечитель	☐ По доверенности

2.8 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 _____

2.9 Серия _____ Номер _____ 2.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

2.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:
Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ (число, месяц, год)

2.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

2.13 Полис обязательного медицинского страхования (при наличии) _____

2.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации^{xxiv}:

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

в) район _____ г) город _____
д) населенный пункт _____ е) улица _____

ж) № дома _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
(владения)

к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ лицо без определённого места жительства^{xxv}

2.15 Адрес места пребывания¹⁰⁰ (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 _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

2.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____

2.17 Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁰⁴ _____ (расшифровка подписи) _____ Дата: _____
(число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) _____ (расшифровка подписи) _____

М.П.

☐ Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)¹⁰⁴ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

застрахованного лица/его представителя)¹¹² _____ (расшифровка подписи) _____ (подпись)

☐ Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

застрахованного лица/его представителя)¹¹² _____ (расшифровка подписи) _____ (подпись)

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

¹ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

¹ Поле обязательное для заполнения.

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

¹ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.

¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹ Отмечается знаком «V».

¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.

¹ Нужно подчеркнуть.

Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на _____.

ФОРМА

В _____

(наименование страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС)

От _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования

Прошу приостановить действие моего полиса (полиса гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в связи с поступлением на военную или приравненную к ней службу (за исключением проходящих военную службу по призыву).

3. Сведения о застрахованном лице

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

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

1.3 Отчество (при наличии) ¹ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "X") 1.5 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

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

1.7 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 _____

1.8 Серия _____ 1.9. Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

1.11 Кем выдан _____

1.12 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____

1.14 Телефон (с кодом): _____ 1.15 Адрес электронной почты: _____

1.16 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: _____

1.17 Адрес места пребывания²: _____

4. Сведения о представителе застрахованного лица³

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 Дата рождения: _____ 2.5 Гражданство _____
(число, месяц, год)

2.6 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 _____

2.7 Серия _____ 2.8 Номер _____ 2.9 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Кем выдан: _____

2.10 Реквизиты доверенности: № _____ Дата: _____
(число, месяц, год)

¹ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

² Указывается в случае пребывания/жительства по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства.

³ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

2.11 Телефон (с кодом): _____ 2.12 Адрес электронной почты: _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ (подпись застрахованного лица/его представителя)² _____ (расшифровка подписи) _____ Дата: _____ (число, месяц, год)

Данные подтверждены:

_____ (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) /
Территориального фонда ОМС) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 7 к Договору
от _____ № _____

ФОРМА

В

_____ (наименование страховой медицинской организации (филиала) / Территориального фонда ОМС)

От

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (нужное отметить знаком «V»):

- ☐ 1) сдаю мой полис обязательного медицинского страхования (полиса гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на материальном носителе № _____
- ☐ 2) информирую об утрате моего полиса обязательного медицинского страхования.

5. Сведения о застрахованном лице

- 1.1 Фамилия _____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.2 Имя _____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.3 Отчество (при наличии)² _____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V") 1.5 Дата рождения: _____ (число, месяц, год)
- 1.6 Место рождения: _____ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.7 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 _____
- 1.8 Серия _____ 1.9. Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____ (число, месяц, год)
- 1.11 Кем выдан _____
- 1.12 Гражданство: _____ (название государства; лицо без гражданства)
- 1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____
- 1.14 Телефон (с кодом): _____ 1.15 Адрес электронной почты: _____
- 1.16 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: _____
- 1.17 Адрес места пребывания³: _____

6. Сведения о представителе застрахованного лица⁴

- 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 Дата рождения: _____ (число, месяц, год) 2.5 Гражданство _____

¹ Нужно подчеркнуть.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства.

⁴ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

2.6 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 _____

2.7 Серия _____ 2.8. Номер _____ 2.9 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Кем выдан: _____

2.10 Реквизиты доверенности: № _____ Дата: _____ (число, месяц, год)

2.11 Телефон (с кодом): _____ 2.12 Адрес электронной почты: _____

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Дата: _____
(число, месяц, год)

(подпись застрахованного лица/его представителя)²

(расшифровка подписи)

Данные подтверждены:

(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) /
Территориального фонда ОМС)

(расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 8 к Договору
от _____ № _____
ФОРМА

В

(наименование страховой медицинской организации (филиала) /Территориального фонда ОМС)

От

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАПРОС

**на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц
сведений о полисе обязательного медицинского страхования**

Прошу предоставить выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.

7. Сведения о застрахованном лице

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

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

1.3 Отчество (при наличии)² _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "X") 1.5 Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

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

1.7 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 _____

1.8 Серия _____ 1.9. Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

1.11 Кем выдан _____

1.12 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.13 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): _____

1.14 Телефон (с кодом): _____ 1.15 Адрес электронной почты: _____

1.16 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации: _____

1.17 Адрес места пребывания³: _____

8. Сведения о представителе застрахованного лица⁴

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)

¹ Нужно подчеркнуть

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк

³ Указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства

⁴ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

2.4 Дата рождения: _____ 2.5 Гражданство _____
(число, месяц, год)
2.6 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 _____
2.7 Серия _____ 2.8 Номер _____ 2.9 Дата выдачи _____
(число, месяц, год)
Кем выдан: _____

2.10 Реквизиты доверенности: № _____ Дата: _____ (число, месяц, год)
2.11 Телефон (с кодом): _____ 2.12 Адрес электронной почты: _____

6. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

_____ Дата: _____
(подпись застрахованного лица/его представителя)¹ (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
(подпись представителя страховой медицинской организации (филиала) /
Территориального фонда ОМС) (расшифровка подписи)

М.П.

¹ Не нужно подписывать.

ФОРМА

ВЫПИСКА

из единого регистра застрахованных лиц
о полисе обязательного медицинского страхования



Информация о застрахованном лице

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Дата рождения: _____

Пол (нужное отметить знаком "V"):

муж.

☐

жен.

☐

Гражданство: _____

Единый номер полиса ОМС: _____

Срок действия полиса ОМС (указываются):

- дата начала действия полиса ОМС _____;

- дата окончания действия полиса ОМС: _____;

- полис ОМС бессрочный.

Информация о страховой медицинской организации

Реестровый номер: _____

Наименование: _____

Номер телефона: _____

Субъект Российской Федерации: _____

(территория страхования (наименование субъекта))

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ 20 ____ г.

Настоящей доверенностью я, _____
(указывается Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
(указывается дата выдачи)

_____,
(указывается наименование выдавшего органа)

проживающий (ая) по адресу _____
(указывается адрес регистрации)

доверяю _____,
(указывается Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
(указывается дата выдачи)

_____,
(указывается наименование выдавшего органа)

проживающему (ей) по адресу _____
(указывается адрес регистрации)

(далее – представитель) представлять мои интересы в страховой медицинской организации АО «МАКС-М».

В соответствии с настоящей доверенностью представитель имеет право:

- подавать в страховую медицинскую организацию АО «МАКС-М» от моего имени следующие заявления: о включении в единый регистр застрахованных лиц, о выборе (замене) страховой медицинской организации, о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования, о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования, о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;
- получать выписку из единого регистра застрахованных лиц о полисе обязательного медицинского страхования;
- собирать, получать, подписывать все необходимые документы, а также совершать иные необходимые действия, связанные с выполнением данного поручения.

Настоящая доверенность выдана на 1 (один) год без права передоверия.

(Ф.И.О. доверителя)

(подпись)

(Ф.И.О. представителя)

(подпись)

ДОВЕРЕННОСТЬ
на получение полиса на ребенка

« ____ » _____ 20 ____ г.

Настоящей доверенностью я, _____
(указывается Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
(указывается дата выдачи)

_____,
(указывается наименование выдавшего органа)

проживающий (ая) по адресу _____
(указывается адрес регистрации)
_____, являясь законным представителем моего ребенка

_____ (указывается Ф.И.О. ребенка полностью и дата рождения)
свидетельство о рождении (паспорт) серия _____ № _____ выдан(о)

_____ (указывается дата выдачи и наименование выдавшего органа)

проживающего (ую) по адресу _____
(указывается адрес регистрации)

(далее – Ребёнок)

доверяю _____,
(указывается Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,
(указывается дата выдачи)

_____ (указывается наименование выдавшего органа)

проживающему (ей) по адресу _____
(указывается адрес регистрации)

от моего имени совершать следующие действия в страховой медицинской организации АО «МАКС-М» и
отношении Ребёнка:

- подавать заявления: о включении в единый регистр застрахованных лиц, о выборе (замене) страховой медицинской организации, о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования, о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования, о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;
- получать выписку из единого регистра застрахованных лиц о полисе обязательного медицинского страхования;
- собирать, получать, подписывать все необходимые документы, а также совершать иные необходимые действия, связанные с выполнением данного поручения.

Настоящая доверенность выдана на 1 (один) год без права передоверия.

(Ф.И.О. доверителя)

(подпись)

(Ф.И.О. представителя)

(подпись)

ПАМЯТКА ДЛЯ ЛИЦ, ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС

Застрахованные лица в системе обязательного медицинского страхования **имеют право на** (статья 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"):

- 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;
- выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 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;
- выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- 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;
- 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;
- защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица в системе обязательного медицинского страхования имеют следующие **обязанности** (статья 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"):

- предъявить полис ОМС на бланке или выписку о полисе ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- 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;
- 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.

Памятка застрахованному лицу о цифровом полисе

Уважаемые застрахованные!

В соответствии с требованиями Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона № 405-ФЗ) с 1 декабря 2022 года на территории РФ оформляются полисы ОМС в виде индивидуального штрихового кода.

При обращении в медицинскую организацию при себе необходимо иметь:

- документ удостоверяющий личность;
- полис ОМС на бланке или выписку о полисе ОМС;
- заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц с отметкой о приёме заявления.

Если вам отказали в получении медицинской помощи, незамедлительно обращайтесь к страховым представителям АО «МАКС-М» через:

- федеральный контакт-центр 8 800 333 60 03
- региональный контакт-центр 8 800 33 06 03
- форму обратной связи на сайте www.makcm.ru
- электронную почту: Dagestan@makcm.ru
- письмо по адресу: 367026, пр.И.Шамиля/угол ул.Ташкентская
- личный визит по адресу: пр. И.Шамиля/ угол ул.Ташкентская

Страховые представители АО «МАКС-М» адресно разберутся в вашей ситуации и помогут получить необходимую медицинскую помощь.

Лицензия Банка России ОС №2226-01 от 23.01.2017

**АКТ № _____ от «____» _____ 20__ г.
приема-передачи бланков строгой отчетности,
оформленных Заявлений и доверенностей от представителей**

Настоящим Актом _____ сдаёт, а _____ принимает оформленные
заявления и доверенности от представителей в количестве _____ (_____) штук,
пронумерованные от «_____» до «_____», серия «_____».

Сдал _____ Принял _____
(подпись представителя, расшифровка) (подпись _____ представителя,
расшифровка)

Акт об оказании услуг
за _____ 202_ года

Акционерное Общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М», именуемое в дальнейшем «Принципал», в лице генерального директора Мартыановой Надежды Васильевны, действующего на основании Устава, с одной, и Государственное учреждение Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» (ГАУ РД «МФЦ в РД», в лице директора Арсланалиева Магомедэмина Исамагомедовича, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Агент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», во исполнение Агентского договора от _____ № _____ (далее - Договор) составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Агент выполнил, а Принципал принял оказанные услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Количество, шт.	Вознаграждение, руб/шт.	Сумма
1.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о выборе СМО		60	
2.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о замене СМО		60	
3.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о переоформлении полиса ОМС		60	
4.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о приостановлении действия полиса ОМС, о сдаче (утрате) полиса ОМС на материальном носителе		60	
6.	Выдача застрахованному лицу или его представителю полиса ОМС единого образца		40	
	Итого стоимость оказанных услуг:	X	X	

2. Размер вознаграждения Агента за _____ составляет _____ рублей, в том числе НДС в соответствии с действующим законодательством.
3. Настоящий Акт является основанием для оплаты оказанных услуг.
4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон.

Принципал: АО «МАКС-М»
М.П.

_____/ ФИО /

Агент: МФЦ в РД
М.П.

_____/ФИО /

Акт об оказании услуг
за _____ 202_ года

Акционерное Общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М», именуемое в дальнейшем «Принципал», в лице генерального директора Мартъяновой Надежды Васильевны, действующего на основании Устава, с одной, и Государственное учреждение Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» (ГАУ РД «МФЦ в РД», в лице директора Арсланалиева Магомедэмина Исамагомедовича, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Агент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», во исполнение Агентского договора от _____ № _____ (далее - Договор) составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Агент выполнил, а Принципал принял оказанные услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Количество, шт.	Вознаграждение, руб/шт.	Сумма
1.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о выборе СМО		60	
2.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о замене СМО		60	
3.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о переоформлении полиса ОМС		60	
4.	Прием от застрахованного лица или его представителя заявления о приостановлении действия полиса ОМС, о сдаче (утрате) полиса ОМС на материальном носителе		60	
6.	Выдача застрахованному лицу или его представителю полиса ОМС единого образца		40	
	Итого стоимость оказанных услуг:	X	X	

2. Размер вознаграждения Агента за _____ составляет _____ рублей, в том числе НДС в соответствии с действующим законодательством.
3. Настоящий Акт является основанием для оплаты оказанных услуг.
4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон.

Принципал: АО «МАКС-М»
М.П.

_____/ ФИО /

Агент: МФЦ в РД
М.П.

_____/ФИО /

Контактная информация для взаимодействия сторон

Даудов Арсен Магомедович –главный бухгалтер ГАУ РД «МФЦ в РД» тел.8(928)6841294

Абдулжелилов Абдулжелил Абдурагимович –начальник юридического отдела ГАУ РД «МФЦ в РД»тел.8(903)4776161

Мусаев Артур Магомедович- эксперт ГАУ РД «МФЦ в РД» тел.8(988)4399799

Курбанова Наида Шахаутиновна –заместитель директора по организации ОМС филиала АО «МАКС-М» в г.Махачкале тел.8(963)4186333

Абдусаламова Мальвина Казибековна –главный бухгалтер филиала АО «МАКС-М» в г.Махачкале тел.8(906)4464270

**Перечень филиалов ГАУ РД «МФЦ в РД»,
находящихся на территории Республики Дагестан, в которых бюджет организовано предоставление услуг Принципиала**

№ п/ п	Наименование	Адрес
1	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кизяковскому району	368140, Республика Дагестан, Кизяковский район, с. Дылым, ул. Шихмирзы-Абуева
2	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кайтагскому району	368590, Республика Дагестан, Кайтагский район, с. Маджалис, возздания «Воснкомат»
3	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Ногайскому району	368850, Республика Дагестан, Ногайский район, с. Терекли-Мектеб, ДПС, д. 54
4	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кутинскому району	367000, Республика Дагестан, Кутинский район, село Важи, ул. М. Гаджиева
5	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Левашинскому району	368320, Республика Дагестан, Левашинский район, село Левашин
6	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кумторкалинскому району	368080, Республика Дагестан, Кумторкалинский район, село Кормаскала, площадь Ленина

7	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Кизилорт	368124, Республика Дагестан, город Кизилорт, улица Магадусейно дом 6
8	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Каспийск	368300, Республика Дагестан, город Каспийск, улица Орджоникидзе дом 3
9	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Докузларинскому району	368750, Республика Дагестан, Докузларинский район, село Усухча
10	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Гумбетовскому району	368930, Республика Дагестан, Гумбетовский район, село Мехельте
11	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Новолакскому району	367020, Республика Дагестан, г. Махачкала, Новострой, село Новол
12	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Карабудахкентскому району	368530, Республика Дагестан, Карабудахкентский район, с. Карабудахкент, ул. Ленина
13	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Магарамкентскому району	368780, Республика Дагестан, Магарамкентский район, с. Магарамке ул. Оскара, д. 3 а
14	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Бабаюртовскому району	368060, Республика Дагестан, Бабаюртовский район, с. Бабаюрт, ул. Ленина, д. 29, пом. 1
15	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Дагестанские Огни	368670, Республика Дагестан, город Дагестанские Огни, ул. Луначарского, д. 1

16	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Хунзахскому району	368260, Республика Дагестан, Хунзахский район, с. Хунзах, ул. Махсуд Дахханова, 89 «а»
17	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Ахтынскому району	368730, Республика Дагестан, Ахтынский район, с. Ахты, ул. Байрам д. 3
18	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Сергокалинскому району	368510, Республика Дагестан, Сергокалинский район, с. Сергокала, 317 Стрелковой Дивизии, д. 2
19	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Ботлихскому району	368971, Республика Дагестан, Ботлихский район, с. Ботлих
20	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Лакскому району	368360, Республика Дагестан, Лакский район, с. Кумух, ул. Сурхайхана-1, д. 21
21	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Рутульскому району	368700, Республика Дагестан, Рутульский район, с. Рутул
22	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Табасаранскому району	368650, Республика Дагестан, Табасаранский район, с. Хучни
23	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Буйнакскому району	368205, Республика Дагестан, Буйнакский район, с. Нижнее Кетани ул. Абусулпаян Акаева, д. 11
24	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кизил-портковскому району	368108, Республика Дагестан, Кизил-портковский район, с. Султангипорт, ул. Дербентская, между Шамхалгипортковским каскадом и строящейся школой

25	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Хивскому району	368680, Республика Дагестан, Хивский район, с. Хив, ул. Советская
26	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Каякентскому району	368560, Республика Дагестан, Каякентский район, с. Новокакал, расположенный вдоль автодороги Кольцевая М29-Новокакалент р/до районной спортшколой
27	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Сулейман – Стальскому району	368761, Республика Дагестан, Сулейман – Стальский район, с. Касумкент
28	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Тарумовскому району	368870, Республика Дагестан, Тарумовский район, с. Тарумовка, площадь Юбелды, д. 8«а»
29	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кировскому району т. Махачкала	367032, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. М.Гаджиева, д. 73а
30	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Избербаш	368502, Республика Дагестан, город Избербаш, ул. Буянаковского, д. 109/1
31	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Кизляр	73368830, Республика Дагестан, город Кизляр, Ленина, д. 3
32	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кизлярскому району	367000, Республика Дагестан, Кизлярский район, поселок Юбилейный, ул. Досова.
33	Финанс государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Дербентскому району, поселок Мамеикаша	368621, Республика Дагестан, Дербентский район, с. Ката

34	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Дербентскому району, поселок Белиджи	368615, Республика Дагестан, Дербентский район, п. Белиджи, ул. Заводская, д. 17
35	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Хасавюрт	368000, Республика Дагестан, г. Хасавюрт, ул. Давбова, д. 27 А
36	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Гумибекскому району	368340, Республика Дагестан, Гумибекский район, с. Гумиб., ул. И.Шамиля
37	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Дербент	368607, Республика Дагестан, город Дербент, ул. 345 Стрелковой Дивизии, 8 г
38	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Тиратинскому району	368420, Республика Дагестан, Тиратинский район, с. Тирата
39	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Дахадаевскому району	368570, Республика Дагестан, Дахадаевский район, с. Уркарах
40	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Хасавюртовскому району	368002, Республика Дагестан, г. Хасавюрт, ул. Датуева, д. 49
41	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Курахскому району	368180, Республика Дагестан, Курахский район, с. Курах
42	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Шамилскому району	368430, Республика Дагестан, Шамилский район, с. Хебда, ул. Асиятилова С.Х., д. 1

43	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Бектинскому участку	368410, Республика Дагестан, Пүттинский район, с. Бекта
44	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Кировскому району г. Махачкала	367009, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Керимова, д. 7
45	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Советскому району города Махачкала	367026, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Хизроева, д. 81
46	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Ленинскому району г. Махачкала	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Насруллынова, д.
47	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Пүмалинскому району	368900, Республика Дагестан, Пүмалинский район, с. Агвали
48	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Ушукүльскому району	368950, Республика Дагестан, Ушукүльский район, п. Шамиткала
49	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Ахвахскому району	368990, Республика Дагестан, Ахвахский район, с. Карата, местность "Администрация района"
50	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Акушинскому району	368280, Республика Дагестан, Акушинский район, с. Акуша
51	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многofункциональный центр предоставления	368222, Республика Дагестан, г. Бүйнакск, ул. Д. Кумухского, дом 67 Литера А

	государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Буйнакск	
52	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Чаролинскому району	368450, Республика Дагестан, Чаролинский район, с. Цуриб, ул. Им. Шамиля, д. 17а
53	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Тергембилинскому району	368250, Республика Дагестан, Тергембилинский район, с. Тергембиль, местности «Горкатапах», литера А
54	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по городу Южно-Сухокумск	368890, Республика Дагестан, г. Южно-Сухокумск, ул. Пионерская, «а»
55	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Цунтинскому району	368412, Республика Дагестан, Цунтинский район, с. Килеро, в местности «Новый административный центр «Цунта»
56	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Агульскому району	368380, Республика Дагестан, Агульский район, с. Гинт
57	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по г. Каспийск (доп. офис)	368300, Республика Дагестан, город Каспийск, улица Азиза Алиева, «А»
58	Филиал государственного автономного учреждения Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан» по Советскому району города Махачкалы (доп. офис)	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Рапишева, дом 3 «б»

Форма

Филиал АО «МАКС-М»

Начат «__» _____ 20__ г.
Окончен «__» _____ 20__ г.

Журнал регистрации выдачи полисов обязательного медицинского страхования

Наименование организации (пункта выдачи полисов)							
№ п/п	Дата выдачи	ЕНП	ФИО застрахованн ого лица	Получатель	Подпись застрахованного лица	ФИО инспектора	Подпись инспектора

Приложение № 19 к Договору
от _____ № _____

Форма

Филиал АО «МАКС-М»

Начат «__» _____ 20__ г
Окончен «__» _____ 20__ г

**Журнал регистрации переоформления полисов обязательного медицинского
страхования из других СМО**

Наименование организации (пункта выдачи полисов)

№ п/п	Дата выдачи	ЕНП	ФИО застрахованн ого лица	Получатель	Подпись застрахованного лица	ФИО инспектора	Подпись инспектора

СОГЛАШЕНИЕ

об использовании программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС

Акционерное Общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М», именуемое в дальнейшем «Принципал», в лице генерального директора Мартыановой Надежды Васильевны, действующего на основании Устава, с одной стороны в лице директора Арсланалиева Магомедэмина Исамагомедовича, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Агент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящий Агентский договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет соглашения.

1.1. Использование программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС ПК Регистр (далее – АИС ОМС ПК Регистр) при предоставлении гражданам услуг в сфере обязательного медицинского страхования в обособленных структурных подразделениях МФЦ.

1.2. Взаимодействие Стороны осуществляют 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 № 158н (далее - Правила ОМС), приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.01.2011 г. № 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС", Регламента осуществления ввода данных застрахованных лиц с использованием программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС Республики Дагестан (далее - Регламент) (Приложение № 1).

2. Права и обязанности сторон.

2.1. МФЦ принимает на себя следующие обязательства:

2.1.1. Осуществлять ввод данных застрахованных лиц с использованием программно-технического комплекса АИС ОМС, в строгом соответствии с данными, указанными в заявлениях застрахованных лиц.

2.1.2. Ежедневно формировать и осуществлять передачу СМО по защищенным электронным каналам связи регламентированную информацию в виде файлов установленного образца.

В течение одного рабочего дня после получения от СМО файла ошибок предоставлять уточненные и/или исправленные сведения в адрес СМО в виде файлов установленного образца

2.1.3. Обеспечить СМО доступ к электронной базе данных застрахованных СМО и хранящимся документам для осуществления контроля СМО.

2.1.4. Известить СМО об обстоятельствах, препятствующих исполнению принятых обязательств по настоящему Договору, используя для этих целей любые средства связи (электронную почту, телефонный звонок) незамедлительно, с момента их возникновения.

2.2. МФЦ имеет право:

СОГЛАШЕНИЕ

об использовании программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС

Акционерное Общество «Медицинская акционерная страховая компания» (АО «МАКС-М», именуемое в дальнейшем «Принципал», в лице генерального директора Мартыановой Надежды Васильевны, действующего на основании Устава, с одной стороны в лице директора Арсланалиева Магомедэмина Исамагомедовича, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Агент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящий Агентский договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет соглашения.

1.1. Использование программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС ПК Регистр (далее – АИС ОМС ПК Регистр) при предоставлении гражданам услуг в сфере обязательного медицинского страхования в обособленных структурных подразделениях МФЦ.

1.2. Взаимодействие Стороны осуществляют 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, утверждённых приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н (далее - Правила ОМС), приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.01.2011 г. № 29н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере ОМС", Регламента осуществления ввода данных застрахованных лиц с использованием программно-технического комплекса автоматизированной информационной системы ОМС Республики Дагестан (далее - Регламент) (Приложение № 1).

2. Права и обязанности сторон.

2.1. МФЦ принимает на себя следующие обязательства:

2.1.1. Осуществлять ввод данных застрахованных лиц с использованием программно-технического комплекса АИС ОМС, в строгом соответствии с данными, указанными в заявлениях застрахованных лиц.

2.1.2. Ежедневно формировать и осуществлять передачу СМО по защищенным электронным каналам связи регламентированную информацию в виде файлов установленного образца.

В течение одного рабочего дня после получения от СМО файла ошибок предоставлять уточненные и/или исправленные сведения в адрес СМО в виде файлов установленного образца

2.1.3. Обеспечить СМО доступ к электронной базе данных застрахованных СМО и хранящимся документам для осуществления контроля СМО.

2.1.4. Известить СМО об обстоятельствах, препятствующих исполнению принятых обязательств по настоящему Договору, используя для этих целей любые средства связи (электронную почту, телефонный звонок) незамедлительно, с момента их возникновения.

2.2. МФЦ имеет право:

2.2.1. Запрашивать у СМО необходимые сведения для исполнения принятых на себя обязательства по настоящему Договору.

2.2.2. Выступать инициатором проведения рабочих встреч по обучению сотрудников МФЦ в рамках предоставления услуг в сфере ОМС.

2.2.3. Получать доступ к персональным данным застрахованных лиц и/или их представителей, необходимым для исполнения обязательств, принятых на себя по настоящему Договору, в том числе, необходимых для ведения персонифицированного учета в системе ОМС.

2.3. СМО принимает на себя следующие обязательства:

2.3.1. Разъяснять МФЦ применение правил и условий обязательного медицинского страхования по вопросам предоставления услуг.

2.3.2. Своевременно сообщать МФЦ об изменениях в Правилах ОМС и условиях обязательного медицинского страхования.

2.4. СМО принимает на себя следующие обязательства:

2.4.1. Обеспечить МФЦ доступ к электронной базе данных застрахованных СМО и хранящимся документам;

2.4.2. Известить МФЦ об обстоятельствах, препятствующих исполнению принятых обязательств по настоящему Договору, используя для этих целей любые средства связи (электронную почту, телефонный звонок) незамедлительно, с момента их возникновения.

2.5. СМО имеет право:

2.5.1. Проверять соответствие предоставляемых МФЦ услуг в сфере ОМС требованиям, установленным действующими законодательными и нормативными правовым актам в системе ОМС в рамках действия настоящего Договора, не вмешиваясь в деятельность МФЦ.

2.5.2. Выступать инициатором проведения рабочих встреч по обучению сотрудников МФЦ в рамках оказания услуг в сфере ОМС.

3. Конфиденциальность и персональные данные

МФЦ обязуется не разглашать Конфиденциальную информацию, защищать и предотвращать несанкционированное разглашение Конфиденциальной информации и предпринимать соответствующие меры по охране Конфиденциальной информации.

Стороны гарантируют конфиденциальность всей информации (устной или письменной), касающейся бизнеса другой Стороны, за исключением информации, которая уже доступна общественности.

4. Форс-мажорные обстоятельства

Ни одна из Сторон не несет ответственность за нарушение обязательств, являющихся результатом непредвиденных обстоятельств, таких как пожар, забастовки, восстание или массовые беспорядки, эмбарго, катастрофы, задержка в транспортировке, директивы гражданской или военной власти.

Каждая из Сторон соглашается незамедлительно сообщить о форс-мажорных обстоятельствах другой Стороне. Такое сообщение должно содержать детальную информацию о том, что послужило их причиной.

Если несоблюдение правил одной Стороной по причине форс-мажорных обстоятельств продолжается более 4 (четырёх) недель, тогда другая Сторона имеет право расторгнуть данное Соглашение путем направления другой Стороне на адрес электронной почты уведомления о расторжении настоящего Соглашения. Ни одна из Сторон не имеет каких-либо обязательств перед другой Стороной при расторжении Соглашения в результате форс-мажорных обстоятельств.

5. Заключительные положения

Данное Соглашение составлено с учетом действующего законодательства Российской Федерации и международных соглашений в области авторского права и интеллектуальной собственности. Правом, применимым к толкованию настоящего Соглашения, а также всем отношениям, вытекающим из существа настоящего Соглашения, является материальное и процессуальное право Российской Федерации.

Если любое условие данного Соглашения по той или иной причине теряет юридическую силу или становится неосуществимым или признается недействительным по решению компетентного суда, то оно рассматривается как не включенное в текст настоящего Соглашения, что, однако, никоим образом не влияет на законность и обязательность выполнения других условий.

Стороны признают юридическую силу документов, отправленных посредством электронной связи.

Реквизиты сторон:

Принципал:

Акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания»
Юридический адрес: 115184, г. Москва, ул. Малая Ордынка, д. 50
Адрес филиала АО «МАКС-М» в г.Махачкале: 367026 пр.И.Шамиля, 36л
Тел.: (8722) 67-17-84, факс (8722) 67-17-56
Банковские реквизиты:
ИНН 7702030351 КПП 770501001
Банк: ПАО Сбербанк г.Москва
БИК 044525225
Р/с 40701810938180120035
К/с 30101810400000000225

Генеральный директор АО «МАКС-М»



_____/Мартьянова Н.В./
(подпись)

2023 г.

Агент:

Государственное автономное учреждение Республики Дагестан «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг в Республике Дагестан»
Адрес: 368300, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр. Насрудинова д.1.
ИНН 0572004299
ОГРН 1130572000668
КПП 057201001

Директор

_____/М.И. Арсланалиев
(подпись)

«____» _____ 2023 г.
М.П.

