

**Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н
(ред. от 25.03.2016)
"Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"
(Зарегистрировано в Минюсте России 03.03.2011 N 19998)**

II. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой
медицинской организации застрахованным лицом

3. В соответствии с [частью 1 статьи 16](#) Федерального закона застрахованные лица имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем подачи [заявления](#) в порядке, установленном настоящей главой.

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

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

[<*>](#) Далее - территориальный фонд.

[<***>](#) [Часть 4 статьи 16](#) Федерального закона.

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

[<*>](#) [Часть 3 статьи 16](#) Федерального закона.

6. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - законный представитель) обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации) с [заявлением](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое содержит следующие сведения:

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

1) о застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

гражданство;

страховой номер индивидуального лицевого счета, принятый в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии) (далее - СНИЛС);

(в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дата регистрации;

контактная информация;

категория застрахованного лица в соответствии со [статьей 10](#) Федерального закона;

(абзац введен [Приказом](#) Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 N 1036н)

2) о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):
фамилия, имя, отчество (при наличии);
отношение к застрахованному лицу;
данные документа, удостоверяющего личность;
контактная информация;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом (при подаче заявления в страховую медицинскую организацию);
(в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

3.1) наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию);
(пп. 3.1 введен Приказом Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

4) о полисе обязательного медицинского страхования (далее - полис) (бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина, отказ от получения полиса).

6.1. При подаче заявления с указанием формы полиса - электронный в составе универсальной электронной карты - застрахованному лицу необходимо не позднее 5 рабочих дней после подачи заявления в страховую медицинскую организацию подать **заявление** о выдаче универсальной электронной карты в уполномоченную организацию субъекта Российской Федерации, определенную для обеспечения выпуска, выдачи и обслуживания универсальных электронных карт (далее - уполномоченная организация субъекта Российской Федерации).

Выдача изготовленной универсальной электронной карты осуществляется в уполномоченной организации субъекта Российской Федерации.

В случае если в течение 5 рабочих дней с даты подачи заявления сведения о подаче застрахованным лицом заявления о выдаче универсальной электронной карты не поступят из уполномоченной организации субъекта Российской Федерации в территориальный фонд, то застрахованному лицу будет изготовлен полис обязательного медицинского страхования в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис). Выдача изготовленного бумажного полиса осуществляется в страховой медицинской организации или иной организации, в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
(п. 6.1 введен Приказом Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

6.2. Обращение застрахованного лица в иные организации с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации осуществляется исключительно в случае выбора страховой медицинской организации, в которой он был застрахован ранее. В данном случае временное свидетельство, предусмотренное **пунктом 34** настоящих Правил, не выдается.
(п. 6.2 введен Приказом Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

7. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется в письменной форме или машинописным способом и подается (направляется) непосредственно в страховую медицинскую организацию/иную организацию или передается с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети Интернет, через официальный сайт территориального фонда.
(п. 7 в ред. Приказа Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

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

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

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

свидетельство о рождении;
документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
СНИЛС;

(в ред. Приказа Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

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

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

СНИЛС;

(в ред. Приказа Минздрава России от 25.03.2016 N 192н)

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным **законом** "О беженцах" <*>, - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в Федеральную

миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации <*>;
(пп. 3 в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

<*> Федеральный [закон](#) от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; 2000, N 46, ст. 4537; 2003, N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; 2004, N 35, ст. 3607; 2006, N 31 (ч. I), ст. 3420; 2007, N 1 (ч. I), ст. 29; 2008, N 30 (ч. II), ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; 2011, N 27, ст. 3880).

(сноска в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

<*> [Приказ](#) Федеральной миграционной службы от 5 декабря 2007 г. N 452 "Об утверждении Административного регламента Федеральной миграционной службы по исполнению государственной функции по исполнению законодательства Российской Федерации о беженцах" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 февраля 2008 года, регистрационный N 11209) (Российская газета, 2008, N 88).

(сноска в ред. [Приказа](#) Минздравсоцразвития России от 10.08.2011 N 897н)

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

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным [законом](#) или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным [законом](#) или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

СНИЛС (при наличии);

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

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

либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность <*>;

<*> Федеральный [закон](#) от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2010, N 52 (ч. I), ст. 7000).

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со [статьей 185](#) части первой Гражданского кодекса Российской Федерации <*>;

<*> Федеральный [закон](#) от 30 февраля 1994 г. N 51-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, N 32, ст. 3301; 2010, N 31, ст. 4163).

9) для [законного представителя](#) застрахованного лица:

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

10) исключен. - [Приказ](#) Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан;

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

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

<*> Со слов гражданина или по имеющимся документам.

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

наименование территориального фонда.

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

10. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

(п. 10 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 06.08.2015 N 536н)

11. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и прилагаемых согласно [пункту 9](#) настоящих Правил документов страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию.

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

13. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, ежемесячно до 10-го числа направляются территориальным фондом в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, пропорционально числу застрахованных лиц в каждой из них для заключения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <*>. Соотношение работающих граждан и неработающих граждан, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, а также не осуществивших замену страховой медицинской организации в случае прекращения договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным <***>.

(п. 13 в ред. [Приказа](#) Минздрава России от 21.06.2013 N 396н)

<*> Далее - договор о финансовом обеспечении.

<***> [Часть 6 статьи 16](#) Федерального закона.

14. Страховые медицинские организации:

1) в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информируют застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса в порядке, установленном [статьей 46](#) Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях <*>.

<*> [Часть 7 статьи 16](#) Федерального закона.

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

16. В соответствии с [пунктом 4 части 2 статьи 16](#) Федерального закона в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин,

застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

17. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования <*>.

<*> [Часть 15 статьи 38](#) Федерального закона.

18. После прекращения действия договора о финансовом обеспечении в соответствии с [частью 17 статьи 38](#) Федерального закона застрахованное лицо в течение двух месяцев подает [заявление](#) о выборе (замене) страховой медицинской организации в другую страховую медицинскую организацию.

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

<*> См. [части 2 и 5 статьи 16](#) Федерального закона.