Зарегистрировано в Минюсте России 17 мая 2019 г. N 54643

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 28 февраля 2019 г. N 108н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(в ред. Приказов Минздрава РФ от 09.04.2020 N 299н, от 25.09.2020 N 1024н, от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н, от 01.07.2021 N 696н, от 03.09.2021 N 908н, от 15.12.2021 N 1148н, от 21.02.2022 N 100н)

В соответствии с подпунктом 5.2.136 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526; 2013, N 16, ст. 1970; N 20, ст. 2477; N 22, ст. 2812; N 33, ст. 4386; N 45, ст. 5822; 2014, N 12, ст. 1296; N 26, ст. 3577; N 30, ст. 4307; N 37, ст. 4969; 2015, N 2, ст. 491; N 12, ст. 1763; N 23, ст. 3333; 2016, N 2, ст. 325; N 9, ст. 1268; N 27, ст. 4497; N 28, ст. 4741; N 34, ст. 5255; N 49, ст. 6922; 2017, N 7, ст. 1066; N 33, ст. 5202; N 37, ст. 5535; N 40, ст. 5864; N 52, ст. 8131; 2018, N 13, ст. 1805; N 18, ст. 2638; N 36, ст. 5634; N 41, ст. 6273; N 48, ст. 7431; N 50, ст. 7774; 2019, N 1, ст. 31; N 4, ст. 330), приказываю:

1. Утвердить Правила обязательного медицинского страхования согласно приложению.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный N 19998);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. N 897н "О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный N 21609);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1036н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный N 22053);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. N 160н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный N 28480);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 июня 2013 г. N 396н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный N 30004);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. N 859ан "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный N 30489);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2015 г. N 536н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный N 39119);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 марта 2016 г. N 192н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный N 41969);

пункт 1 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2016 г. N 423н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, и форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. N 1030н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный N 42892);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2016 г. N 736н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2016 г., регистрационный N 43922);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 октября 2016 г. N 803н "О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н, с целью реализации положений Договора о Евразийском экономическом союзе, подписанного в г. Астане 29 мая 2014 года" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2016 г., регистрационный N 44840);

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 января 2017 г. N 2н "О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2017 г., регистрационный N 45459).

Министр

В.И. СКВОРЦОВА

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 28 февраля 2019 г. N 108н

ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(в ред. Приказов Минздрава РФ от 09.04.2020 N 299н, от 25.09.2020 N 1024н, от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н, от 01.07.2021 N 696н, от 03.09.2021 N 908н, от 15.12.2021 N 1148н, от 21.02.2022 N 100н)

I. Общие положения

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее - Правила) регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" <1> (далее - Федеральный закон).

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 25, ст. 3529; N 49, ст. 7047, 7057; 2012, N 31, ст. 4322; N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606; N 27, ст. 3477; N 30, ст. 4084; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6955; 2014, N 11, ст. 1098; N 28, ст. 3851; N 30, ст. 4269; N 49, ст. 6927; 2015, N 51, ст. 7245; 2016, N 1, ст. 52; N 27, ст. 4183, 4219; 2017, N 1, ст. 12, 13, 14, 34; 2018, N 27, ст. 3947; N 31, ст. 4857; N 49, ст. 7497, 7509; 2019, N 6, ст. 494.

2. Правила устанавливают порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования, единые требования к полису обязательного медицинского страхования, порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу, порядок приостановления действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным, порядок ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, порядок ведения единого реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальным программам обязательного медицинского страхования, порядок направления территориальным фондом обязательного

медицинского страхования сведений о принятом решении об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, порядок утверждения для страховых медицинских организаций дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования, методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, методику расчета объемов финансового обеспечения медицинской помощи, порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, застрахованным лицам за счет средств обязательного медицинского страхования в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящихся за пределами территории Российской Федерации, требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации, порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) согласно приложению N 1 к настоящим Правилам. (в ред. Приказов Минздрава РФ от 10.02.2021 N 65н, от 26.03.2021 N 254н)

II. Порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованным лицом и заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования

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 в соответствии с частью 4 статьи 16 Федерального закона осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - одним из его родителей или другими законными представителями), путем подачи заявления в страховую медицинскую организацию из числа включенных в реестр страховых медицинских организаций или иные организации, уполномоченные субъектом Российской Федерации (далее - иные организации), при условии, что между страховой медицинской организацией и иной организацией заключен договор на оказание данных услуг.

5. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до реализации в отношении ребенка права выбора страховой медицинской организации, но не позднее истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем (далее - законные представители).

6. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации должно содержать следующие сведения:

1) о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с Федеральным законом лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату 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 детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии) (далее - СНИЛС);

данные документа, удостоверяющего личность;

место жительства;

место регистрации;

дату регистрации;

контактную информацию;

категорию застрахованного лица;

2) о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):

фамилию, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

контактную информацию;

3) наименование страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

4) наименование страховой медицинской организации, в которой лицо застраховано на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию);

5) о форме полиса обязательного медицинского страхования (далее - полис) в форме бумажного бланка (далее - бумажный полис) или в виде пластиковой карты с электронным носителем информации (далее - электронный полис) (за исключением иностранных граждан);

6) об отказе от получения полиса;

7) о согласии на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи (для лиц, не достигших возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <2> (далее - Федеральный закон N 323-ФЗ), и граждан, признанных недееспособными, - согласие законного представителя застрахованного лица, а также согласие представителя

застрахованного лица в случае подачи им заявления);

<2> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 27, ст. 3477; N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4219.

8) адрес электронной почты (при наличии).

7. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в соответствии с частью 5 статьи 16 Федерального закона подается лично или через своего представителя посредством личного обращения в страховую медицинскую организацию (иную организацию) в письменной форме; (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

официального сайта территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - территориальный фонд) в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (далее - официальный сайт) (при условии прохождения застрахованным лицом или его законным представителем процедуры идентификации и аутентификации в соответствии с законодательством Российской Федерации <3>) в электронной форме; (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

<3> Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2011 г. N 977 "О федеральной государственной информационной системе "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 49, ст. 7284; 2021, N 27, ст. 5371). (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) <4>, в электронной форме. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

<4> Положение о федеральной государственной информационной системе "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 24 октября 2011 г. N 861 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 44, ст. 6274; Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2021, 30 октября, N 0001202110300015). (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

8. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) указанное заявление подписывается электронной подписью застрахованного лица или его законного представителя, вид которой определяется в соответствии с частью 2 статьи 21.1 Федерального закона от 27 июля 2010 г. N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" <4.1>. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

<4.1> Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 31, ст. 4179; 2011, N 15, ст. 2038. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации посредством официального сайта указанное заявление подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью застрахованного лица или его законного представителя. (в ред. Приказа Минздрава РФ от 15.12.2021 N 1148н)

9. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) и при указании заявителем формы полиса - электронный к заявлению прикладываются образец личной подписи застрахованного лица и фотография застрахованного лица.

10. При подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в письменной форме 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.

11. При подаче заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) принятое заявление заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации.

12. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт территориального фонда территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа на адрес электронной почты, указанный в заявлении.

13. При принятии заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) территориальный фонд направляет заявителю подтверждение приема заявления в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций).

14. Сведения, указанные в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации, подаваемом в письменной форме, подтверждаются предъявлением следующих документов, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица, или их заверенных копий:

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

свидетельство о рождении;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС;

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19 февраля 1993 г. N 4528-1 "О беженцах" <5> (далее - Федеральный закон "О беженцах"), - удостоверение беженца, или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца в федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации;

<5> Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348, N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; N 27, ст. 3880; 2012, N 10, ст. 1166; N 47, ст. 6397; N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477; 2014, N 52, ст. 7557; 2018, N 1, ст. 82; N 53, ст. 8454.

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

вид на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

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

СНИЛС (при наличии);

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

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

СНИЛС (при наличии);

8) для представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленная в соответствии со статьей 185 Гражданского

кодекса Российской Федерации;

9) для законного представителя застрахованного лица:

документ, удостоверяющий личность;

документ, подтверждающий полномочия законного представителя.

15. В случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме через официальный сайт или посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) представляются следующие верифицированные сведения из документов застрахованного лица:

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

серия и номер свидетельства о рождении;

серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность законного представителя ребенка;

СНИЛС (при наличии);

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

серия и номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность;

СНИЛС;

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

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о выдаче вида на жительство;

СНИЛС (при наличии);

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

серия и номер документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

гражданство;

номер и дата принятия решения о разрешении на временное проживание;

СНИЛС (при наличии).

16. Временно пребывающие на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее соответственно - договор о ЕАЭС, ЕАЭС), трудящиеся иностранные граждане государств - членов ЕАЭС (далее - трудящийся государства - члена ЕАЭС), а также работающие на территории Российской Федерации члены Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - члены коллегии Комиссии), должностные лица (граждане государств - членов ЕАЭС, назначенные на должности директоров департаментов Евразийской экономической комиссии и заместителей директоров департаментов указанной комиссии), сотрудники органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации (граждане государств - членов ЕАЭС, не являющиеся должностными лицами, на основе заключаемых с ними трудовых договоров (контрактов)) (далее соответственно - член коллегии Комиссии, должностное лицо, сотрудник органа ЕАЭС), имеют право на выбор или замену страховой медицинской организации путем

подачи заявления в порядке, установленном настоящей главой.

17. Для выбора или замены страховой медицинской организации иностранный гражданин, указанный в пункте 16 настоящих Правил, лично либо через своего представителя обращается в выбранную страховую медицинскую организацию (иные организации), с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, которое должно содержать следующие сведения о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

серию, номер паспорта иностранного гражданина либо иного документа, установленного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС, в том числе дата его подписания и срок действия;

сведения о месте пребывания с указанием срока пребывания;

серию и номер документа, подтверждающего отнесение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации;

контактную информацию;

категорию застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств - членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование.

18. Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации оформляется иностранными гражданами, указанными в пункте 16 настоящих Правил, в письменной форме и подается непосредственно в страховую медицинскую организацию.

19. Сведения, указанные в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации, подаваемом иностранными гражданами, указанными в пункте 16 настоящих Правил, подтверждаются предъявлением следующих документов или их заверенных копий, необходимых для регистрации в качестве застрахованного лица:

1) для временно пребывающих в Российской Федерации трудящихся государств - членов ЕАЭС:

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;

СНИЛС;

трудовой договор трудящегося государства - члена ЕАЭС;

отрывная часть бланка уведомления о прибытии иностранного гражданина или лица без

гражданства в место пребывания или ее копия с указанием места и срока пребывания;

2) для членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории 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;

СНИЛС;

документ, подтверждающий отнесение лица к категории должностных лиц, сотрудников органов ЕАЭС.

20. На основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и предъявления документов, указанных в пунктах 14, 15, 17 и 19 настоящих Правил, страховая медицинская организация осуществляет учет застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию и выдачу в соответствии с главой IV настоящих Правил полиса либо временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющего право на бесплатное оказание застрахованному лицу медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая (далее - временное свидетельство).

21. Замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо, в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 16 Федерального закона, вправе осуществлять один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства (за исключением случаев переезда на новое место жительства в пределах одного субъекта Российской Федерации) или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее - договор о финансовом обеспечении) путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

22. 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.

23. При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении по инициативе страховой медицинской организации за три месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация в соответствии с частью 7 статьи 16 Федерального закона обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении.

24. 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 (иную организацию).

25. 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 в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование, ежемесячно до десятого 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. 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 в связи с приостановлением, отзывом или прекращением действия лицензии страховой медицинской организации, которое отражается в сведениях, направляемых в страховые медицинские организации, должно быть равным.

26. В соответствии с частью 3 статьи 49.1 Федерального закона граждане Российской Федерации, указанные в части 1 статьи 49.1 Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), обязаны сдать полис или сообщить о его утрате путем подачи заявления о сдаче (утрате) полиса в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд лично или через своего представителя.

Заявление о сдаче (утрате) полиса подается в письменной форме и должно содержать следующие сведения:

1) о застрахованном лице:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

гражданство;

СНИЛС;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактную информацию;

2) о представителе застрахованного лица:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

отношение к застрахованному лицу;

данные документа, удостоверяющего личность;

контактную информацию;

3) номер полиса (указывается только при сдаче полиса).

27. С заявлением о сдаче (утрате) полиса предъявляются следующие документы:

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

2) СНИЛС;

3) полис (представляется только при сдаче полиса).

III. Единые требования к полису обязательного медицинского страхования

28. На территории Российской Федерации действуют полисы единого образца.

29. Полис единого образца может быть в форме бумажного или электронного полиса.

30. К бумажному и электронному полису предъявляются общие требования:

1) бумажные и электронные полисы имеют лицевую и оборотную сторону;

2) бумажные и электронные полисы должны быть отпечатаны с двух сторон и иметь защитный комплекс, применяемый для защиты от подделок и внесения изменений/искажений графических элементов и персональных данных застрахованного лица, размещенных на нем.

Бумажные и электронные полисы учитываются как бланки строгой отчетности.

31. К бумажному полису предъявляются следующие требования:

1) бумажный полис представляет собой лист формата А5;

2) лицевая сторона бумажного полиса заверяется подписью застрахованного лица и должна содержать следующие сведения и персональные данные о нем:

номер полиса;

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

срок действия полиса;

3) на лицевой стороне бумажного полиса размещается двумерный штрих-код, содержащий следующие сведения о застрахованном лице:

номер полиса;

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

место рождения;

срок действия полиса;

4) оборотная сторона бумажного полиса заверяется подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на выдачу полисов распоряжением руководителя страховой медицинской организации, печатью страховой медицинской организации и должна содержать сведения о страховой медицинской организации:

наименование, адрес (фактический) и телефон страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации;

фамилию (полностью), имя, отчество (при наличии) (инициалы) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на выдачу полисов распоряжением руководителя страховой медицинской организации.

В случае осуществления территориальным фондом в соответствии с частью 17 статьи 38 Федерального закона обязанностей и прав, предусмотренных частями 2 и 3 указанной статьи, оборотная сторона бумажного полиса заполняется территориальным фондом; (в ред. Приказа Минздрава РФ от 26.03.2021 N 254н)

5) оборотная сторона бумажного полиса должна обеспечивать возможность размещения сведений не менее чем о десяти случаях замены застрахованным лицом страховой медицинской организации.

32. К электронному полису предъявляются следующие требования:

1) лицевая сторона должна содержать номер полиса;

2) оборотная сторона должна содержать следующие сведения и персональные данные застрахованного лица:

фамилию, имя, отчество (при наличии);

пол;

дату рождения;

срок действия полиса;

подпись застрахованного лица;

фотографию застрахованного лица (для застрахованных лиц в возрасте четырнадцати лет и старше).

33. Электронный полис обеспечивает возможность размещения электронного страхового приложения, к которому предъявляются следующие требования:

1) электронное страховое приложение должно обеспечивать авторизованный доступ застрахованного лица к получению услуг в сфере обязательного медицинского страхования;

2) электронное страховое приложение должно обеспечивать функции по однократной записи в электронный носитель информации (чип-модуль) неизменяемых данных, а также функции по записи в электронный носитель информации (чип-модуль) изменяемых (дополняемых) данных;

3) состав неизменяемых данных:

номер полиса;

фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол;

дата рождения;

место рождения;

СНИЛС (для детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет, иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии);

срок действия полиса;

4) состав изменяемых (дополняемых) данных:

основной государственный регистрационный номер (далее - ОГРН) страховой медицинской организации в соответствии с Единым государственным реестром юридических лиц (далее - ЕГРЮЛ);

код субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахован гражданин, по Общероссийскому классификатору объектов административно-территориального деления (далее - ОКАТО);

дата регистрации застрахованного лица в страховой медицинской организации.

34. Электронное страховое приложение должно обеспечивать возможность хранения сведений не менее чем о десяти случаях замены застрахованным лицом страховой медицинской организации.

35. При наличии технической возможности однозначной идентификации застрахованного лица в едином регистре застрахованных лиц идентификация застрахованных лиц может осуществляться по предъявлении застрахованным лицом или его законным представителем документа, удостоверяющего личность застрахованного лица.

IV. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу

36. В соответствии с частью 2 статьи 51 Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы единого образца.

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

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

39. 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 настоящих Правил.

40. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

41. 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.

42. 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.

43. При обращении граждан, указанных в пунктах 38 - 42 настоящих Правил, для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается бумажный полис со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

44. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация (иная организация), в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдает застрахованному лицу оформленные страховой медицинской организацией (иной организацией) полис либо временное свидетельство. Временное свидетельство выдается в форме бумажного бланка

или электронного документа (далее - временное свидетельство в электронной форме). Временное свидетельство оформляется в электронной форме при подаче заявления через официальный сайт территориального фонда либо посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

45. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) застрахованному лицу через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) территориальным фондом направляется уведомление о принятии заявления и возможности личного обращения в страховую медицинскую организацию для получения временного свидетельства на бумажном бланке или о факте размещения в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) временного свидетельства в электронной форме.

46. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, вносит сведения о страховой медицинской организации в полис в день подачи застрахованным лицом заявления и направляет информацию в территориальный фонд.

47. Временное свидетельство на бумажном бланке должно содержать:

1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;

2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;

3) дату рождения застрахованного лица;

4) место рождения застрахованного лица;

5) пол застрахованного лица;

6) серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

9) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства;

10) подпись представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства.

Временное свидетельство в электронной форме заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, визуализируется и должно содержать:

1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;

2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;

3) дату рождения застрахованного лица;

4) место рождения застрахованного лица;

5) пол застрахованного лица;

6) серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;

7) номер и дату выдачи временного свидетельства;

8) срок действия временного свидетельства;

9) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации.

48. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более сорока пяти рабочих дней с даты его выдачи.

49. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, страховая медицинская организация передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в территориальный фонд. Территориальный фонд, получивший информацию от страховой медицинской организации и через официальный сайт, в течение трех рабочих дней осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц и в течение одного рабочего дня со дня получения сведений из единого регистра застрахованных лиц направляет результаты проверки в страховую медицинскую организацию.

50. В случае выявления действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня со дня получения сведений из территориального фонда уведомляет застрахованное либо его законного представителя об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

51. В случае отсутствия действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов) (далее - заявка).

52. Территориальный фонд ежедневно, в случае наличия данных, формирует в электронном виде заявку, которая подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного работника территориального фонда и направляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд).

53. Общий срок с даты подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до направления территориальным фондом заявки в Федеральный фонд, с учетом сроков, установленных пунктами 49 - 52 настоящих Правил, не должен превышать пяти рабочих дней.

54. Перечень сведений, включаемых в заявку, должен соответствовать единым требованиям к полису, предусмотренным главой III настоящих Правил.

55. Заявка также должна содержать информацию о форме полиса (бумажный, электронный).

56. На основании заявок территориальных фондов Федеральный фонд организует изготовление и доставку полисов территориальным фондам в срок, не превышающий четырнадцати рабочих дней со дня поступления заявки от территориального фонда.

57. Территориальный фонд информирует страховые медицинские организации о получении полисов в течение двух рабочих дней со дня их получения.

58. Страховая медицинская организация:

1) в течение трех рабочих дней с даты получения сведений из территориального фонда информирует:

застрахованное лицо или законного представителя в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;

территориальный фонд для размещения информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) о готовности полиса и необходимости его получения, в случае подачи заявления посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций);

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

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

Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов.

59. Территориальные фонды организуют информирование застрахованных лиц об изготовленных полисах через официальные сайты или через личный кабинет Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) в случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

60. Застрахованные лица обязаны 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.

В случаях изменения фамилии, имени, отчества осуществляется переоформление полиса.

61. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

1) изменения даты рождения и пола застрахованного лица;

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

3) необходимости продления действия полиса гражданам, указанным в пунктах 38 - 42 настоящих Правил, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в следующем календарном году.

62. Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о переоформлении. Переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

63. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:

1) ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение электронного полиса и другие);

2) утери полиса.

64. Заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса должно содержать сведения, указанные в подпунктах 1 - 3 и 5 пункта 6 настоящих Правил.

65. Заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса подаются в соответствии с пунктами 7 и 8 настоящих Правил.

66. Принятое заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

67. Принятое заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, оформленное в электронном виде на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций), заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации.

68. В случае переоформления полиса, смерти застрахованного лица, приостановления действия полиса, а также окончания срока его действия территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

69. В территориальных фондах, страховых медицинских организациях (иных организациях) приказом руководителя организации определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

70. Выдача полисов осуществляется в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), в том числе мобильных, организованных на территории субъекта Российской Федерации страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование на территории данного субъекта Российской Федерации, либо иными организациями.

Для передвижения лиц с ограниченными возможностями, включая инвалидов, помещения оборудуются пандусами, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение, в том числе с использованием инвалидных колясок. Инвалидам с нарушением слуха и (или) речи, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

Страховые медицинские организации (иные организации) могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица.

71. Страховые медицинские организации (иные организации) обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация (иная организация) предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде печатных информационных материалов (памятки, брошюры).

72. Территориальный фонд организует изготовление бланков временных свидетельств с учетом заявок страховых медицинских организаций, поданных в территориальный фонд, с обоснованием количества бланков.

73. Бланки временных свидетельств учитываются как бланки строгой отчетности в случае оформления временного свидетельства в форме бумажного бланка.

74. Испорченные, недействительные и невостребованные полисы и временные свидетельства хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет с даты приема заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и/или заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств, признанных недействительными, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением акта списания и уничтожения полисов и временных свидетельств, признанных недействительными или невостребованными.

75. В состав комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств, признанных недействительными, включаются представители территориального фонда и страховой медицинской организации.

V. Приостановление действия полиса обязательного медицинского страхования и признание полиса обязательного медицинского страхования недействительным

76. В соответствии с частью 8 статьи 49 Федерального закона военные комиссариаты передают в территориальные фонды сведения о призванных на военную службу гражданах, предусмотренные пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 Федерального закона, и информацию о начале, сроке и окончании военной службы.

77. Территориальный фонд приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации, на указанный срок военной службы со дня получения данных сведений территориальным фондом и обеспечивает отражение сведений, указанных в пункте 76 настоящих Правил, в едином регистре застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования <6> (далее - порядок ведения персонифицированного учета).

<6> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. N 29н "Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный N 19742) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. N 941н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 февраля 2017 г., регистрационный N 45494) и от 15 января 2019 г. N 12н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 января 2019 г., регистрационный N 53618).

78. Страховая медицинская организация, принявшая от застрахованного лица, указанного в части 1 статьи 49.1 Федерального закона (за исключением проходящих военную службу по призыву), заявление о сдаче (утрате) полиса, не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о сдаче (утрате) полиса, передает сведения о застрахованном лице, указанные в пункте 26 настоящих Правил, в территориальный фонд.

Территориальный фонд приостанавливает действие полиса лиц, застрахованных в субъекте Российской Федерации, со дня получения территориальным фондом сведений, указанных в пункте 26 настоящих Правил, и обеспечивает отражение данных сведений в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

79. В соответствии с частью 6 статьи 49 Федерального закона федеральный орган исполнительной власти в сфере внутренних дел передает в Федеральный фонд сведения, предусмотренные пунктами 1 и 6 части 2 статьи 44 Федерального закона:

1) о лицах, гражданство Российской Федерации которых прекращено;

2) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулирован вид на жительство в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" <7> (далее - Федеральный закон N 115-ФЗ);

<7> Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032; 2003, N 27, ст. 2700; N 46, ст. 4437; 2004, N 35, ст. 3607; N 45, ст. 4377; 2006, N 30, ст. 3286; N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 21; N 49, ст. 6071; N 50, ст. 6241; 2008, N 19, ст. 2094; N 30, ст. 3616; 2009, N 19, ст. 2283; N 23, ст. 2760; N 26, ст. 3125; N 52, ст. 6450; 2010, N 21, ст. 2524; N 30, ст. 4011; N 31, ст. 4196; N 40, ст. 4969; N 52, ст. 7000; 2011, N 1, ст. 29; ст. 50; N 13, ст. 1689; N 17, ст. 2318, 2321; N 27, ст. 3880; N 30, ст. 4590; N 47, ст. 6608; N 49, ст. 7043, 7061; N 50, ст. 7342, 7352; 2012, N 31, ст. 4322; N 47, ст. 6396, 6397; N 50, ст. 6967; N 53, ст. 7640, 7645; 2013, N 19, ст. 2309; N 19, ст. 2310; N 23, ст. 2866; N 27, ст. 3461, 3470, 3477; N 30, ст. 4036, 4037, 4040, 4057, 4081; N 52, ст. 6949, 6951, 6954, 6955, 7007; 2014, N 16, ст. 1828, 1830, 1831; N 19, ст. 2311, 2332; N 26, ст. 3370; N 30, ст. 4231, 4233; N 48, ст. 6638, 6659; N 49, ст. 6918; N 52, ст. 7557; 2015, N 1, ст. 61, 72; N 10, ст. 1426; N 14, ст. 2016; N 21, ст. 2984; N 27, ст. 3951, 3990, 3993; N 29, ст. 4339, 4356; N 48, ст. 6709; 2016, N 1, ст. 58, 85, 86; N 18, ст. 2505; N 27, ст. 4238; 2017, N 11, ст. 1537; N 17, ст. 2459; N 24, ст. 3480; N 31, ст. 4765, 4792; N 50, ст. 7564; 2018, N 1, ст. 77, 82; N 27, ст. 3951; N 30, ст. 4537, 455; N 53, ст. 8433, 8454.

3) об иностранных гражданах, лицах без гражданства, в отношении которых аннулировано разрешение на временное проживание в соответствии с Федеральным законом N 115-ФЗ;

4) о лицах, признанных беженцами на территории Российской Федерации, при утрате ими статуса беженца или лишении их статуса беженца в соответствии с Федеральным законом "О беженцах".

80. Территориальный фонд обеспечивает отражение сведений, указанных в пункте 79 настоящих Правил, в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета и признает полис недействительным со дня поступления данных сведений.