

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 29.11.2010 № 326-ФЗ
«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ» (выдержка)**

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

1. Застрохованные лица имеют право на:

1. Застрохованные лица имеют право на:

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

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

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

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

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в [порядке](#), установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования в соответствии с [законодательством](#) в сфере охраны здоровья, в том числе медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти, оказывающей медицинскую помощь в соответствии с [пунктом 11 статьи 5](#) настоящего Федерального закона. [Порядок](#) направления застрахованных лиц в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с [законодательством](#) в сфере охраны здоровья;

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

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

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

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с [законодательством](#) Российской Федерации;

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

1.1. Застрахованные лица, указанные в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона, приобретают права, установленные частью 1 настоящей статьи, при уплате за них страхователями, указанными в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, страховых взносов на обязательное медицинское страхование в течение не менее пяти лет.

2. Застрахованные лица обязаны:

1) при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, предъявить по своему выбору полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе (за исключением застрахованных лиц, указанных в части 1.1 статьи 10 настоящего Федерального закона) или документ, удостоверяющий личность (для детей в возрасте до четырнадцати лет - свидетельство о рождении);

3. Обязательное медицинское страхование ребенка со дня его рождения и до дня государственной регистрации его рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы его мать или другой законный представитель. Обязательное медицинское страхование ребенка со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем. В случае, если для ребенка одним из его родителей или другим законным представителем не выбрана страховая медицинская организация, обязательное медицинское страхование со дня государственной регистрации его рождения и до выбора страховой медицинской организации осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы его мать или другой законный представитель. В случае, если мать и другие законные представители ребенка относятся к лицам, призванным (поступившим) на военную службу или приравненную к ней службу, обязательное медицинское страхование ребенка со дня государственной регистрации его рождения и до выбора страховой медицинской организации осуществляется страховой медицинской организацией, определенной территориальным фондом.

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

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования. В случае подачи в соответствии с частью 1 статьи 46 настоящего Федерального закона застрахованным лицом заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц заявление о выборе страховой медицинской организации подается им одновременно с заявлением о включении в единый регистр застрахованных лиц. Порядок подачи и формы заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

5.1. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным в страховой медицинской организации,

определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном [частью 6](#) настоящей статьи. Если застрахованным лицом не было подано заявление о замене страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой оно было застраховано ранее. В случае изменения места жительства застрахованного лица и отсутствия по новому месту жительства застрахованного лица страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией лицо, не подавшее заявление о замене страховой медицинской организации, считается застрахованным в страховой медицинской организации, определенной территориальным фондом в порядке, предусмотренном [частью 6](#) настоящей статьи.

6. В случаях нарушения прав при предоставлении медицинской помощи по программе ОМС застрахованные лица могут обратиться в выбранную ими страховую медицинскую организацию. В соответствии с действующим законодательством РФ в сфере обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация обязана осуществлять рассмотрение обращений и жалоб граждан, осуществлять деятельность по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В страховую медицинскую организацию застрахованные лица обращаются письменно или устно. Письменное обращение направляется по почте, электронной почте или размещается на сайте страховой медицинской организации в сети «Интернет».

Адреса сайтов СМО в сети «Интернет»

<http://www.maksm.ru> - Филиал АО «МАКС-М» в г. Владимире

<http://www.kms-oms.ru> – АСП ООО «Капитал МС-Филиал во Владимирской области

<http://www.ingos-m.ru> – АОСП ООО «СК «Ингосстрах-М» филиал в г. Владимире

С устным обращением застрахованные лица могут обратиться непосредственно в офис выбранной ими страховой медицинской организации или её представительства, а также по телефону.

В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н (Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.08.2025 №83407), на оборотной стороне полиса ОМС единого образца должны содержаться сведения о наименовании, адресе (фактическом) и телефоне страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом.

Граждане могут обратиться в ТФОМС Владимирской области по вопросам, относящимся к сфере обязательного медицинского страхования в письменном виде или на личном приёме.

Письменные обращения можно направить почтой, электронной почтой или с помощью рубрики **"ПРОБЛЕМЫ С ПОЛИСОМ ОМС"** настоящего сайта.

Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее — при наличии), почтовый адрес, [адрес электронной](#)

почты, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

7. Страховые медицинские организации, указанные в [части 6](#) настоящей статьи:

- 1) информируют застрахованное лицо в порядке и сроки, которые установлены [правилами](#) обязательного медицинского страхования, о факте страхования и возможности получения полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесения изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе (за исключением застрахованных лиц, указанных в [части 1.1 статьи 10](#) настоящего Федерального закона);
- 2) по запросу застрахованного лица или его представителя (за исключением застрахованных лиц, указанных в [части 1.1 статьи 10](#) настоящего Федерального закона) обеспечивают выдачу полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе или внесение изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе в соответствии с [правилами](#) обязательного медицинского страхования;
- 3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.