

Агентский договор № 7

г. Омск

«26» 08 2025 г.

Бюджетное учреждение Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Омского района Омской области», в лице руководителя Одинойкой Евгении Викторовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Агент», с одной стороны, и общество с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование - ОМС», именуемое в дальнейшем «Принципал», лице директора Омского филиала Комарова Александра Александровича, действующего на основании доверенности № 6 от 01.01.2025, с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В целях соблюдения государственных гарантий и прав застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц (далее – ОМС) и в соответствии с настоящим Договором Агент обязуется совершать от имени и за счет Принципала действия, связанные с организацией предоставления на базе подразделений Агента следующих услуг (далее – Услуги):

- информирование и консультирование заявителей по вопросам предоставления Услуг;
- прием и обработка заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации (далее – СМО) и заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц (далее – ЕРЗЛ);
- прием и обработка заявлений о переоформлении полиса ОМС в случаях: изменения фамилии, имени, отчества, изменения даты рождения и пола застрахованного лица, установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе ОМС, а также при необходимости продления действия полиса иностранным гражданам, при сохранении у них права на ОМС в случае продления срока действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий;
- прием и обработка запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС;
- выдача (по запросу застрахованного лица или его представителя) полиса ОМС на бумажном носителе в форме выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС, содержащей в том числе штриховой код (графическую информацию в кодированном виде);

1.2. Оформление заявлений о выборе (замене) СМО (Приложение №1 к настоящему Договору), заявлений о включении в единый регистр застрахованных лиц (Приложение №2 к настоящему Договору), заявлений о переоформлении полиса ОМС (Приложение №3 к настоящему Договору), запросов на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС (Приложение №4 к настоящему Договору) осуществляется Агентом при предъявлении Заявителем лично или через законного представителя или представителя по доверенности оформленной в соответствии со статьей 185 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласно Приложениям №5.1, 5.2, 5.3 к настоящему Договору, оригиналов документов или их заверенных копий, согласно Приложению №6 к настоящему Договору.

1.3. Все действия, указанные в п. 1.1. настоящего Договора 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 Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС), Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22.12.2012 №1376 «Об утверждении Правил организации деятельности многофункциональных центров предоставления государственных и муниципальных услуг», настоящего Договора и приложений к нему.

2. Обязанности Сторон

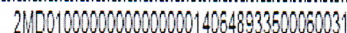
2.1. Термины и определения:

- полис ОМС представляет собой уникальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах;



Приложение №10 – Соглашение о конфиденциальной информации

Е.В. Одинокая



В _____
(наименование страховой медицинской организации (филнала))

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

	1) выбором страховой медицинской организации; 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.	и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования (нужное отметить знаком «V»): 1) в форме бумажного бланка; 2) отказ от получения полиса
---	---	---

Отсутствует³

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

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен

(подпись застрахованного лица или его представителя)

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

³Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹⁾)

1.3 Отчество (при наличии) _____ 1.4 Пол: муж. ☐ жен. ☐
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить знаком «√»)

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--|--|
| 1) работающий гражданин Российской Федерации; | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации 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; |
| 4) работающее лицо без гражданства; | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; | 13) должностное лицо Комиссии; |
| 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. |
| 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
| 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

Не являюсь временно пребывающим высококвалифицированным специалистом и неработающим членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом³

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: _____ 1.7 Место рождения: _____
(число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 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

1.9 Серия _____ Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

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

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁴:

- а) почтовый индекс

--	--	--	--	--

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

(республика, край, область, округ)

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

(село, поселок и другие)

(проспект, переулок и другие)

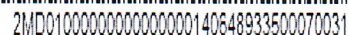
- ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

- к) дата регистрации по месту жительства

лицо без определённого места жительства⁵

1.13 Адрес места пребывания⁶ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

- [illegible]



- ## 2. Сведения о представителе застрахованного лица

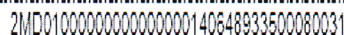
3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(расшифровка подписи)

Дата:

(число, месяц, год)

Данные подтверждены:



(расшифровка подписи)

☐ 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 контактными 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)¹³ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

(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.

(расшифровка подписи)

⁹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.

¹⁰ Отмечается знаком «V».

¹¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица

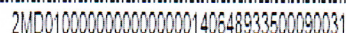
¹² Нужно подчеркнуть.

¹³ Отказаться от СМС-информирования (в т.ч. через приложение-мессенджер) страховой компанией

Вы можете на сайте _____ в разделе _____ или по телефону контакт-центра _____.

*Сведения подлежат заполнению после окончания переходного периода, определенного пунктом 34 Правил обязательного

медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 108н.



В _____
(наименование страховой медицинской организации (филнала))

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

выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц.

(подпись застрахованного лица или его

а) почтовый индекс

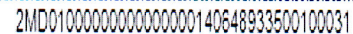
--	--	--	--	--	--

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

в) район _____ г) город _____

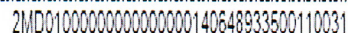
д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

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



4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(число, месяц, год)



(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) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

представителя)

(расшифровка подписи)

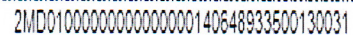
(подпись застрахованного лица/его

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.

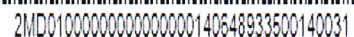
лица/его представителя)

(расшифровка подписи)

(подпись застрахованного



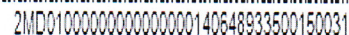
Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное 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) и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.



(расшифровка подписи)

(подпись застрахованного лица/его представителя)¹⁴

(расшифровка подписи)



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

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

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

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) _____
(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 пребывания: _____

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)

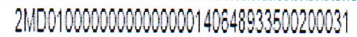
Кем выдан: _____

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

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

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

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



Форма

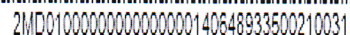
номер	
дата	
с	
по	

Номер документа	Дата составления

Отчетный период (месяц)	
с	по

№ п/п	ФИО проинформированного гражданина	Дата рождения	Контактный номер телефона проинформированного (или его представителя)	Способ информирования (лично, через представителя)
Адрес оказания услуг (субъект, город, улица, дом)				
Ранее незастрахованного Принципалом:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом владельца полиса ОМС «старого» образца				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				
Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС:				
1				
2				
...				
Итого проинформировано:				

Агент: _____ / _____
 (подпись) (расшифровка подписи)
 М.П.



Форма

Срок действия

номер	
дата	
с	
по	

Номер документа	Дата составления

Отчетный период (месяц)	
с	по

Агент: Бюджетное учреждение Омской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг Омского района Омской области»

№ п/п	Факт обращения гражданина	Количество эффективных контактов	Стоимость 1 эффективного контакта	Итого
1	Ранее незастрахованного Принципалом			
2	Ранее застрахованного Принципалом владельца полиса ОМС «старого» образца			
3	Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с заявлением о переоформлении полиса ОМС			
4	Ранее застрахованного Принципалом обратившегося с запросом на предоставление выписки из ЕРЗЛ сведений о полисе ОМС			
	ИТОГО			

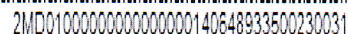
(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

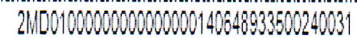


2.1.11. По исполнении поручения или при прекращении настоящего договора до его исполнения без промедления возвратить Доверителю персональные данные и представить отчет о выполненном поручении.

3.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

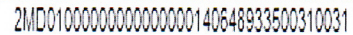
4.2. Все споры и разногласия по настоящему Договору решаются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 5 (пять) рабочих дней со дня получения. В случае недостижения соглашения – спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

Руководитель _____ /Е.В. Одинокая/
МП _____



к Агентскому договору от «26» 08 2020 г. № 1

- является или становится общеизвестной (причем общеизвестной не считается информация, известная ограниченному кругу лиц) по причинам, не связанным с нарушением получающей Стороной положений данного Соглашения;
- получающая Сторона может доказать, что она находилась в распоряжении получающей Стороны или была зафиксирована в её документах до ее получения от передающей Стороны и не была предварительно получена получающей Стороной от передающей Стороны или любой третьей стороны, связанной обязательством неразглашения такой информации;



М.П.