**Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц**

1. Застрахованные 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](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312045/90bb5f4d280b26ade35de1f7d0f8584996e90157/#dst100404) 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](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) в [порядке](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212087/b46179f94b06db00f9d4149fb108d51641bccf8e/#dst100016), 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](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212087/b46179f94b06db00f9d4149fb108d51641bccf8e/#dst100016), установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_197264/b72edc4bc6eb3ae995f942f7e3b78b6446bd0c0a/#dst101165) от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

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

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_197264/b72edc4bc6eb3ae995f942f7e3b78b6446bd0c0a/#dst101166) от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

6) получение от 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](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_300853/c7c96dbe3c400be29816d6c77f3a0db0886ee956/#dst102740) 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.

2. Застрахованные лица обязаны:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя [заявление](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) о выборе страховой медицинской организации в соответствии с [правилами](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212087/b46179f94b06db00f9d4149fb108d51641bccf8e/#dst100016) обязательного медицинского страхования;

3) 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 ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_138411/3d0cac60971a511280cbba229d9b6329c07731f7/#dst100023) от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

3. Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие [законные представители](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99661/#dst100004). 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.

(часть 3 в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_200581/3d0cac60971a511280cbba229d9b6329c07731f7/#dst100012) от 03.07.2016 N 286-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

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), 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.

(часть 4 в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_200581/3d0cac60971a511280cbba229d9b6329c07731f7/#dst100014) от 03.07.2016 N 286-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

5. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо лично или через своего представителя обращается с [заявлением](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212851/#dst100784) о выборе (замене) страховой медицинской организации непосредственно в выбранную им страховую медицинскую организацию или иные организации в соответствии с [правилами](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212087/53e594fa9959a6f3cc9102187b879fca43100fa8/#dst100010) обязательного медицинского страхования. На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю выдается полис обязательного медицинского страхования в [порядке](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_212087/1d8bab5ccd601b535adb4a5f795b56b682c1da18/#dst100176), установленном правилами обязательного медицинского страхования. 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 случаев, предусмотренных [пунктом 4 части 2](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312045/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100182) настоящей статьи.

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_138411/3d0cac60971a511280cbba229d9b6329c07731f7/#dst100025) от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

6. Сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию за выдачей им полисов обязательного медицинского страхования, 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.

(в ред. Федерального [закона](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_138411/3d0cac60971a511280cbba229d9b6329c07731f7/#dst100026) от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

(см. текст в предыдущей редакции)

7. Страховые медицинские организации, указанные в [части 6](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312045/c550eb78d00bfca0be7df1baf398cdd7bd24bc12/#dst100186) настоящей статьи:

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 обязательного медицинского страхования;

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования в порядке, установленном [статьей 46](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312045/14b28d9deebd5c0d299e88d9dc53efe06b54c337/#dst100589)настоящего Федерального закона;

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