На территории Волгоградской области осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования две страховые компании:

***- Филиал ООО "Капитал Медицинское Страхование" в Волгоградской области;***

***- Волгоградский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед».***

|  |
| --- |
| *О выборе (замене) страховой медицинской организации* Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации заполняется застрахованным лицом (его представителем) от руки или машинописным способом. Заявление можно подать в страховую медицинскую организацию (филиал) лично или передать с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования. Заявление подписывается застрахованным лицом или его представителем, сотрудником страховой медицинской организации (филиала) принявшим заявление, с расшифровкой подписи, указанием даты подписания, и скрепляется печатью страховой медицинской организации.**При заполнении заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации исправления не допускаются**. |
|  | [Шаблон заявления](http://www.volgatfoms.ru/docs/ZayavSMO17_3.pdf)(распечатывается и заполняется от руки или машинописным способом, подается в страховую медицинскую организацию (филиал) лично) |  |  |
|  Для осуществления подачи электронной заявки на оформление заявления о выборе (замене) СМО, необходимо сначала осуществить выбор СМО.  В случае выбора страховой компании Филиал ООО "Капитал Медицинское Страхование" в Волгоградской области следует перейти по ссылке для оформления электронной заявки на получение полиса ОМС:- [https:// www.kapmed.ru /zayavka/](https://rgs-oms.ru/zayavka/) В случае выбора страховой компании Волгоградский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» следует перейти по ссылке для оформления электронной заявки на получение полиса ОМС: - <https://www.sogaz-med.ru/new_oms.php> |
| *О выдаче дубликата полиса обязательного медицинского страхования**или переоформлении полиса ОМС* Заявление о выдаче дубликата полиса обязательного медицинского страхования или переоформлении полиса заполняется застрахованным лицом (или представителем застрахованного лица), от руки или машинописным способом. Заявление можно подать в страховую медицинскую организацию (филиал) лично или передать с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования. Заявление подписывается застрахованным лицом или его представителем, сотрудником страховой медицинской организации (филиала), принявшим заявление, с расшифровкой подписи, указанием даты подписания, и скрепляется печатью страховой медицинской организации.**При заполнении заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации исправления не допускаются.** |
|  | [Шаблон заявления](http://www.volgatfoms.ru/docs/zayav_dubl.pdf)(распечатывается и заполняется от руки или машинописным способом, подается в страховую медицинскую организацию (филиал) лично) |  |  |
|  Для осуществления подачиэлектронной заявкина оформление заявления о переоформления полиса и выдаче дубликата полиса ОМС, необходимо сначала осуществить выбор СМО. В случае выбора страховой компании Филиал ООО "Капитал Медицинское Страхование" в Волгоградской области следует перейти по ссылке для оформления электронной заявки на оформление заявления о переоформлении полиса и выдаче дубликата полиса ОМС:- [https:/ www.kapmed.ru /zayavka/](https://rgs-oms.ru/zayavka/) В случае выбора страховой компании Волгоградский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» следует перейти по ссылке для оформления электронной заявки на оформление заявления о переоформлении полиса и выдаче дубликата полиса ОМС: - <https://www.sogaz-med.ru/new_oms.php> |