

## **Порядок обжалования решений, действий или бездействия работников АО "Страховая компания "Чувашия-Мед" при выдаче полисов**

1. Граждане имеют право на обжалование решений, действий или бездействия работников АО «Страховая компания «Чувашия-Мед» (далее – Компания) при выдаче полисов ОМС.

2. Целью досудебного (внесудебного) разрешения вопросов является объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение жалоб граждан, достижение по взаимному согласию договоренности (в случае личного устного обращения) или подготовка мотивированного ответа (в случае письменного обращения).

3. В досудебном порядке застрахованные лица вправе обжаловать решения, принятые в ходе предоставления услуг по выдаче полисов ОМС, действия или бездействие:

- специалиста Компании, осуществляющего выдачу полисов ОМС, путем непосредственного обращения к начальнику отдела страхования Компании;
- отделений Компании, осуществляющих деятельность по обязательному медицинскому страхованию на территории Чувашской Республики, их работников и должностных лиц путем обращения к руководителю Компании.

4. Основанием для начала процедуры досудебного (внесудебного) обжалования является личное устное или письменное обращение заинтересованного лица. Обращения и жалобы рассматриваются в соответствии с требованиями Федерального закона от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

4.1. Лицо, в чью компетенцию входит рассмотрение обращений граждан по спорным вопросам выдачи полисов, проводит личный прием застрахованных лиц либо сразу в момент возникновения спора, либо, при отсутствии такой возможности, по предварительной записи, осуществляемой по многоканальному телефону «горячей линии» (8352) 662-226.

4.2. Работник Компании, осуществляющий запись застрахованных лиц на личный прием, информирует о дате, времени, месте приема, должности, фамилии, имени и отчестве должностного лица, ответственного или уполномоченного работника, осуществляющего прием.

4.3. При личном приеме заявитель предъявляет документ, удостоверяющий его личность. Содержание устной жалобы заносится в журнал личного приема. В случае если изложенные в устной жалобе факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на жалобу, с согласия заявителя, может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале личного приема.

4.3.1. В ходе личного приема заявителю может быть отказано в дальнейшем рассмотрении жалобы, если ему ранее был дан ответ по существу поставленных в жалобе вопросов.

4.4. Письменные обращения предоставляются гражданином лично или через доверенного представителя, а также могут направляться на почтовый адрес или электронный адрес центрального офиса Компании, информация о котором размещается на Интернет-сайте и информационных стендах Компании.

4.4.1. При обращении застрахованных лиц в письменной форме срок рассмотрения жалобы не должен превышать 30 дней с момента получения обращения.

4.4.2. В случае если по обращению требуется провести дополнительную проверку данных, необходимо истребовать дополнительные документы, направить запросы в иные органы и организации, срок рассмотрения жалобы по решению должностного лица, ответственного или уполномоченного работника Компании может быть продлен, но не более чем на один месяц. О продлении срока рассмотрения жалобы заявитель уведомляется письменно с указанием причин продления.

4.4.3. Обращение застрахованного лица в письменной форме должно содержать следующую информацию:

- наименование Компании, структурного подразделения Компании либо фамилию, имя, отчество должностного лица, которому адресовано заявление, либо должность соответствующего лица;
- фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя;
- контактные данные (телефон, адрес электронной почты (при наличии), почтовый адрес) заявителя;
- наименование должности, фамилия, имя и отчество работника, должностного лица, решение, действие или бездействие, которого обжалуется (при наличии информации);
- суть (обстоятельства) обжалуемого действия (бездействия), основания, по которым заявитель считает, что нарушены его права, свободы и законные интересы, созданы препятствия к их реализации, либо незаконно на него возложена не предусмотренная законодательством РФ обязанность, требования об отмене решения, о признании незаконным действия (бездействия);
- иные сведения, документы и материалы либо их копии, имеющие отношение к существу обращения, которые заявитель считает необходимым сообщить, в том числе копию письменного обоснования действия работника (при его наличии);
- личную подпись и дату.

5. По результатам рассмотрения обращения принимается решение об удовлетворении требований заявителя либо об отказе в удовлетворении жалобы. Письменный ответ, содержащий результаты рассмотрения обращения, направляется заявителю на его почтовый адрес и/или адрес электронной почты. Если в письменной жалобе не указана фамилия заявителя и контактные данные, жалоба не рассматривается.

6. Граждане в досудебном порядке вправе обжаловать решения, действия или бездействия работников Компании при предоставлении услуг по выдаче полисов ОМС путем обращения в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в соответствии законодательством РФ.

7. Граждане вправе обжаловать решения, принятые в ходе предоставления услуг по выдаче полиса ОМС, действия или бездействие работников СМО по выдаче полисов ОМС в судебном порядке. Заинтересованное лицо вправе обратиться за защитой нарушенных прав и законных интересов в суды общей юрисдикции, в порядке, установленным законодательством о гражданском судопроизводстве.