

## INSTRUCȚIUNE

### **de completare și prezentare a Formularului nr.2-04/1 „Lista de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern”**

1. Prezenta instrucțiune stabilește modul de completare și prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern – Formularul nr. 2-04/1 (în continuare - Formular), care se întocmește pe un formular oficial, aprobat conform anexei nr.3 la prezentul ordin.

2. Obligația de prezentare a Listei de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate de Guvern, conform art. 10 alin. (2) lit. d) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, o au instituțiile Republicii Moldova responsabile de ținerea evidenței nominale a persoanelor neangajate asigurate de Guvern, indicată la art.4 alin.(9) al aceleiași legi (în continuare – Instituții abilitate).

3. Categoriile de persoane asigurate de Guvern sunt stabilite la art. 4, alin 4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu modificările și completările ulterioare.

4. Formularul se completează pentru fiecare categorie de persoane asigurate separat.

5. Instituțiile abilitate, odată cu includerea/ excluderea persoanei din categoriile de persoane asigurate de Guvern, prezintă Formularul, până la data de 7 a lunii următoare celei în care a avut loc includerea/ excluderea persoanei din categoriile de persoane asigurate de Guvern. În liste vor fi incluse numai persoanele asigurate de Guvern.

6. Neprezentarea în termenul stabilit de legislație a listelor de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate de Guvern, precum și a modificărilor survenite în liste constituie o contravenție și se sancționează conform Codului Contravențional.

7. Formularul se prezintă Agențiilor teritoriale pe suport de hârtie cu aplicarea semnăturii olografe a conducătorului instituției abilitate/ persoanei numită responsabilă de prezentarea Formularului prin ordinul conducătorului instituției abilitate (în continuare – persoană responsabilă), autentificată cu ștampila Instituției abilitate sau utilizând metode automatizate de raportare electronică cu aplicarea semnăturii digitale, a conducătorului instituției abilitate/ persoanei responsabile.

8. Formularul se completează în limba de stat (în mod electronic în format .xls/format creat de aplicația Formular 2-04/1, disponibilă pe site-ul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) – [www.cnam.md](http://www.cnam.md)), se prindează pe suport de hârtie în două exemplare: un exemplar al formularului rămâne la Agenția teritorială și unul se restituie Instituției abilitate cu mențiunea Agenției teritoriale despre primire, care constituie drept confirmare a recepționării formularului.

9. Formularul poate fi întocmit și expedit, opțional, prin intermediul canalelor electronice, în format electronic, în regim on-line și cu aplicarea semnăturii digitale și drept confirmare de recepționare este recipisa electronică. În acest caz în Formular se includ doar persoane ce dețin IDNP. Formularul cu persoanele ce nu dețin IDNP se vor prezenta doar pe suport de hârtie, în Formular separat.

10. Cerințele de bază la completarea Formularului sunt plenitudinea și veridicitatea datelor înscrise.

11. La prezentarea Formularului nu se admit modificări și corectări. În cazul în care în Formulare sunt depistare greșeli și/sau erori semnificative, Agențiile teritoriale sunt în drept să solicite prezentarea repetată a acestora cu introducerea modificărilor și corectărilor corespunzătoare.

12. Agențiile teritoriale, în baza Formularului prezentat de către Instituția abilitată:

- 1) activează/dezactivează statutul de persoană asigurată;
- 2) completează, semnează și parafează Formularul;
- 3) restituie un exemplar de Formular semnat și parafat persoanei responsabile a Instituției abilitate.

13. Persoanele asigurate ce nu dețin polița de asigurare obligatorie de asistență medicală (în continuare – polița de asigurare) din diverse motive pot obține polița de asigurare la sediul Agențiilor teritoriale sau reprezentanții teritoriali ai acestora, adresându-se personal sau prin intermediul reprezentanților legali.

14. La completarea Formularului se vor respecta următoarele condiții:

în rîndul **Categoria** se va indica una din următoarele categorii conform competenței Instituției abilitate:

- 1) copiii de vîrstă preșcolară;
- 2) elevii din învățămîntul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- 3) elevii din învățămîntul secundar profesional;
- 4) elevii din învățămîntul mediu de specialitate (colegii) cu învățămînt de zi;
- 5) studenții din învățămîntul superior universitar cu învățămînt de zi;
- 6) rezidenții învățămîntului postuniversitar obligatoriu la cursuri de zi;
- 7) doctoranzii la cursuri de zi;
- 8) masteranzii la cursuri de zi;
- 9) copiii neîncadrați la învățătură pînă la împlinirea vîrstei de 18 ani;
- 10) gravide, parturiente și lăuze;
- 11) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;
- 12) pensionari;
- 13) șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;
- 14) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- 15) mame cu patru și mai mulți copii;
- 16) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social.
- 17) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

18) cetățeni Republicii Moldova domiciliați în localitățile din stînga Nistrului (Transnistria) din categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul;

în rîndul **de la denumirea instituției responsabile de prezentarea listei** se indică denumirea Instituției abilitate conform actelor de constituire;

în rîndul **IDNO/cod fiscal** se indică codul de identificare/codul fiscal al Instituției abilitate;

în **coloana 1** se indică numărul de ordine al înscrierii din Formular;

în **coloana 2** se înscrie numărul de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP - 13 cifre) înscris în actul de identitate. În cazul persoanelor care renunță la numărul de identificare de stat și la evidența automatizată în Registrul de stat al populației se va indica seria și numărul actului de identitate provizoriu;

în **coloana 3** se indică numele, prenumele și patronimic deplin al persoanei fizice, conform actelor ei de identitate;

în **coloana 4** se indică data, luna și anul nașterii a persoanei fizice în format ZZ.LL.AAAA;

în **coloana 5** se indică statutul conform următoarelor condiții:

1) cifra 1 se indică în cazul includerii persoanei în categoria de persoane neangajate asigurate de Guvern;

2) cifra 2 se indică în cazul excluderii persoanei din categoria de persoane neangajate, asigurate de Guvern (pierderii statutului, finisarea studiilor, deces etc.);

în **coloana 6** se indică data, luna anul atribuirii la categoria din coloana 5 în format ZZ.LL.AAAA, care coincide cu data din documentația de evidență a Instituției abilitate;

în rîndul **Instituția a inclus \_\_\_/exclus \_\_\_ persoane** se indică numărul total a persoanelor incluse/excluse din categoria de persoane neangajate, asigurate de Guvern;

în rîndul **Data prezentării** se indică data, luna și anul prezentării Formularului;

în rubrica **INSTITUȚIA** se indică adresa juridică a instituției responsabile de prezentarea listei, numele și prenumele conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile, telefonul de contact a conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile și se aplică semnătura olografă a conducătorul Instituției abilitate/ persoanei responsabile, autentificată cu ștampila Instituției abilitate;

în rubrica **ASIGURĂTORUL Compania Națională de Asigurări în Medicină Agenția teritorială** se indică denumirea Agenției teritoriale, data recepționării Formularului, numele, prenumele persoanei, care a recepționat Formularul, din cadrul Agenției teritoriale/CNAM și se aplică semnătura și ștampila persoanei, care a recepționat Formularul.

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**о порядке заполнения и представления Формуляра №2-04/1**  
**«Список поименного учета неработающих лиц, застрахованных**  
**Правительством»**

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения и представления Списка поименного учета неработающих лиц, застрахованных Правительством – формуляра №2-04/1 (в дальнейшем – Формуляр), который оформляется на официальном бланке, утвержденном согласно приложению №3 к настоящему приказу.

2. В соответствии с пунктом d) части (2) статьи 10 Закона №1585-ХІІІ от 27 февраля 1998 года об обязательном медицинском страховании Список поименного учета неработающих лиц, застрахованных Правительством, обязаны представлять учреждения Республики Молдова, ответственные за ведение поименного учета неработающих лиц, застрахованных Правительством, указанные в части (9) статьи 4 этого же закона (в дальнейшем – Уполномоченные учреждения).

3. Категории лиц, застрахованных за счет государственного бюджета, перечислены в части (4) статьи 4 Закона №1585-ХІІІ от 27 февраля 1998 года об обязательном медицинском страховании, с последующими изменениями и дополнениями.

4. По каждой категории застрахованных лиц оформляется отдельный Формуляр.

5. При включении физического лица в категорию лиц, застрахованных Правительством, либо при исключении физического лица из данной категории, Уполномоченные учреждения должны представить Формуляр до седьмого числа месяца, следующего за месяцем, в котором было произведено включение/исключение. В списки вносятся только лица, застрахованные Правительством.

6. Непредставление в указанные законодательством сроки списка поименного учета неработающих лиц, застрахованных Правительством, а также изменений к нему является правонарушением и влечет за собой наложение санкций согласно Коду о правонарушениях.

7. Формуляр представляется в территориальное агентство на бумажном носителе с поставленной собственноручно подписью, которая заверяется печатью Уполномоченного учреждения, либо при помощи автоматизированных способов представления электронной отчетности с применением цифровой подписи лица, назначенного ответственным за представление Формуляра приказом руководителя Уполномоченного учреждения (в дальнейшем – Ответственное лицо)/руководителя Уполномоченного учреждения.

8. Формуляр заполняется на государственном языке (в электронном виде в формате .xls/формат созданный приложением Формуляр 2-04/1 доступен на web-странице Национальной медицинской страховой компании (НМСК) - [www.cnam.md](http://www.cnam.md)), печатается на бумажном носителе в двух экземплярах, один из которых остается в территориальном агентстве, а другой выдается Уполномоченному учреждению с отметкой агентства о получении, которая является подтверждением получения Формуляра.

9. Формуляр также может быть оформлен и отправлен по электронным каналам связи, в электронном виде, в режиме on-line, с применением цифровой подписи, при этом подтверждением его получения является электронная расписка. В этом случае в Формуляр вносятся только лица, обладающие IDNP. Формуляр со списком лиц, не являющихся обладателями IDNP, представляется только на бумажном носителе, в виде отдельного документа.

10. Основными требованиями при заполнении Формуляра являются полнота и достоверность вносимых данных.

11. Формуляр не должен содержать изменений и исправлений. При обнаружении в Формуляре значительных погрешностей и/или ошибок территориальное агентство имеет право потребовать его повторного представления с внесением соответствующих изменений и исправлений.

12. На основании Формуляра, представленного Уполномоченным учреждением, территориальное агентство:

1) активирует/деактивирует статус застрахованного лица;

2) заполняет, подписывает и парафирует Формуляр;

3) возвращает подписанный и парафированный экземпляр Формуляра Ответственному лицу Уполномоченного учреждения.

13. Застрахованные лица, по тем или иным причинам не имеющие полиса обязательного медицинского страхования (в дальнейшем – Страховой полис), могут обратиться для его получения в территориальное агентство или к его территориальным представителям лично или посредством своих законных представителей.

13. При заполнении Формуляра необходимо соблюдать следующие правила:

в строке **категория** указывается одна из следующих категорий согласно компетенции Уполномоченного учреждения:

1) дети дошкольного возраста;

2) учащиеся системы начального, гимназического, лицейского и общего среднего образования;

3) учащиеся системы среднего профессионального образования;

4) учащиеся колледжей дневной формы обучения;

5) студенты высших учебных заведений дневной формы обучения;

6) резиденты обязательного постуниверситетского обучения дневной формы обучения;

7) докторанты дневной формы обучения;

8) мастера дневной формы обучения;

9) дети, не охваченные учебой, до достижения ими 18 лет;

10) беременные женщины, роженицы и родильницы;

11) лица с тяжелой, выраженной или средней степенью ограничения возможностей;

12) пенсионеры;

13) безработные, зарегистрированные в территориальных агентствах занятости населения;

14) лица, ухаживающие на дому за лицами с тяжелой степенью ограничения возможностей, нуждающимися в уходе и/или постоянном наблюдении со стороны другого лица;

15) матери четверых и более детей;

16) лица из малоимущих семей, имеющие право на социальное пособие в соответствии с Законом №133-XVI от 13 июня 2008 года о социальном пособии;

17) иностранцы, получившие какую-либо форму защиты, включенные в программу интеграции, на период ее осуществления;

18) граждане Республики Молдова, проживающие в населенных пунктах левобережья Днестра (Приднестровья), из категории лиц, для которых Правительство выступает страхователем;

в строке **наименование учреждения, ответственного за представление списка** указывается наименование Уполномоченного учреждения в соответствии с учредительными документами;

в строке **IDNO/фискальный код** указывается государственный идентификационный номер/фискальный код Уполномоченного учреждения;

в **колонке 1** указывается порядковый номер записи в Формуляре;

в **колонке 2** указывается государственный идентификационный номер физического лица (IDNP из 13 цифр), внесенный в удостоверение личности; в случае отказа лица от

присвоения государственного идентификационного номера и постановки на автоматизированный учет в Государственном регистре населения указываются серия и номер временного удостоверения личности;

в **колонке 3** указываются полные фамилия, имя и отчество физического лица в соответствии с удостоверением личности;

в **колонке 4** указываются день, месяц и год рождения физического лица в формате ДД.ММ.ГГГГ;

в **колонке 5** указывается статус в соответствии с нижеследующим:

1) цифрой 1 обозначаются случаи включения физического лица в категорию неработающих лиц, застрахованных Правительством;

2) цифрой 2 обозначаются случаи исключения физического лица из категории неработающих лиц, застрахованных Правительством (утрата статуса, окончание обучения, смерть и т.д.);

в **колонке 6** указываются день, месяц и год присвоения категории, указанной в колонке 5, в формате ДД.ММ.ГГГГ, совпадающие с датой, указанной в учетной документации Уполномоченного учреждения;

в строке **Учреждение включило \_\_\_\_\_ лиц / исключило \_\_\_\_\_ лиц** указывается общее количество лиц, включенных/исключённых из категории неработающих лиц, застрахованных Правительством;

в строке **Дата представления** указывается дата, месяц и год представления Формуляра;

в рубрике **УЧРЕЖДЕНИЕ** указывается юридический адрес Уполномоченного учреждения, имя и фамилия руководителя Уполномоченного учреждения/Ответственного лица, контактный телефон руководителя Уполномоченного учреждения/Ответственного лица и ставится подпись руководителя Уполномоченного учреждения /Ответственного лица, заверенная печатью Уполномоченного учреждения;

в рубрике **СТРАХОВЩИК Национальная медицинская страховая компания Территориальное агентство** указывается название территориального агентства, дата получения Формуляра, имя и фамилия лица из территориального агентства/НМСК, получившего Формуляр, заверенный подписью и печатью данного лица.