

ДОВЕРЕННОСТЬ
представителю застрахованного лица

(населенный пункт)

« ____ » _____ 20 ____ Г.
(дата выдачи доверенности)

Я _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

именуемый(ая) далее – Доверитель, паспорт серии _____ № _____ выдан
« ____ » _____ Г. _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
действующий от имени несовершеннолетнего ребенка _____,
(Фамилия, Имя, Отчество ребенка)

_____, (заполняется, если законный представитель выдает доверенность от имени несовершеннолетнего ребенка)
(дата рождения ребенка)

уполномачиваю _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серии _____ № _____ выдан « ____ » _____ Г. _____

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации **акционерное обществе «Чувашская медицинская страховая компания»** в отношении меня/моего несовершеннолетнего ребенка *(нужное подчеркнуть)*:

1) подавать и подписывать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц, заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования, заявление о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, заявление о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования, запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования;

2) получать полис обязательного медицинского страхования, в том числе на материальном носителе, расписываться в получении;

3) получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц;

4) подавать и получать иные документы и сведения, в том числе содержащие мои персональные данные, связанные с выполнением данного поручения;

5) давать согласие на обработку персональных данных.

Доверенность выдана сроком до « ____ » _____ 20 ____ Г.

Доверенность выдана без права передоверия.

Доверитель:

(подпись) (Фамилия, имя, отчество)