

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ 20 ____ г

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____

выдан _____
(кем выдан, дата выдачи)

зарегистрирован(а) по адресу _____,
являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка

_____ (Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

_____ дата рождения ребенка,

настоящим уполномочивает _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____

выдан _____
(кем выдан, дата выдачи)

от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой
медицинской организации АО «Медицинская страховая компания «Новый
Уренгой» в отношении Ребенка:

_____ (Ф.И.О. Ребенка, дата рождения.)

- Подавать заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц.
- Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в целях регистрации в качестве застрахованного лица АО «МСК «Новый Уренгой».
- Подавать заявление о переоформлении полиса ОМС.
- Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе ОМС.
- Подавать заявление о сдаче(утере) полиса ОМС на материальном носителе.
- Подавать заявление о приостановлении действия полиса ОМС.
- Получать полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе.
- Получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц.
- Давать согласие на обработку персональных данных.
- Совершать иные действия, необходимые для выполнения предоставленных настоящей доверенностью полномочий.

Срок действия доверенности до « ____ » _____ 20 ____ г.

Доверенность выдана без права передоверия.

Тел _____

Доверитель _____
(Фамилия, Имя, Отчество доверителя)

_____ (подпись)