

Доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в АО «МСК «Новый Уренгой»

г. Новый Уренгой

« ____ » _____ 20 ____ г

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____

(кем выдан, дата выдачи)

зарегистрирован(а) по адресу _____

доверяю _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

дата рождения _____, паспорт серия _____ № _____

(кем выдан, дата выдачи)

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

- Регистрировать меня в качестве застрахованного лица.
- Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
- Подавать заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса.
- Получать временное свидетельство.
- Получать полис обязательного медицинского страхования.
- Давать и отзываться согласие на обработку персональных данных.
- Подавать и получать иные документы и сведения, в том числе содержащие мои персональные данные, связанные с выполнением этого поручения.
- Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

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

Доверенность выдана без права передоверия.

Тел _____

(Фамилия, Имя, Отчество доверителя)

(подпись)