

# ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. \_\_\_\_\_  
(указывается город)

\_\_\_\_\_ (число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

\_\_\_\_\_ д.р., свидетельство о рождении (паспорт) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан(о) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., зарегистрированного по  
адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (далее – Ребенок)

настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_  
**НЕ ЗАПОЛНЯТЬ!!!** (Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., от моего имени совершать следующие  
действия в выбранной страховой медицинской организации АО «Страховая компания  
«СОГАЗ-Мед» в отношении Ребенка:

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

1. Подавать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц.
2. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
3. Подавать заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования.
4. Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.
5. Получать полис обязательного медицинского страхования.
6. Получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц.
7. Подавать и получать иные документы и сведения, в том числе содержащие мои персональные данные, связанные с выполнением этого поручения.
8. Давать согласие на обработку персональных данных.
9. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

Срок действия доверенности до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Доверенность выдана без права передоверия.

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество доверителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)