

ДОВЕРЕННОСТЬ

Г. _____
(указывается город)

_____ Г.,
(число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

_____ « ____ » _____ Г.,
являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка

_____ Г.,
(Фамилия, Имя, Отчество Ребенка)

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

_____ « ____ » _____ Г., зарегистрированного по
адресу: _____
_____ (далее – Ребенок)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____
(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)