

ДОВЕРЕННОСТЬ
представителю застрахованного лица

_____ (место совершения)

_____ (число, месяц и год выдачи доверенности, прописью)

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество доверителя полностью)

именуемый в дальнейшем **Доверитель**, паспорт серии _____ № _____, выдан _____ « _____ » 20__ г., проживающий по адресу: _____, настоящей доверенностью уполномочиваю

(фамилия, имя, отчество представителя полностью)

именуемого в дальнейшем **Представитель**, паспорт серии _____ № _____, выдан _____ « _____ » 20__ г., проживающего по адресу: _____,

быть представителем в отношениях со страховой медицинской организацией **Общество с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование»** в лице филиала **ООО «Капитал МС»** в _____

(наименование филиала)

по вопросам обязательного медицинского страхования, для чего предоставляется право совершать от моего имени **в моих интересах / в интересах моего несовершеннолетнего ребенка** (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя отчество ребенка полностью, дата рождения)

все действия, которые предоставлены законодательством об ОМС застрахованному лицу, включая подписание, подачу и получение всех необходимых документов, в том числе оформить и подписать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц, зарегистрировать **меня/моего ребенка** (нужное подчеркнуть)

в качестве застрахованного лица по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС) в страховой медицинской организации **Общество с ограниченной ответственностью «Капитал Медицинское Страхование»**, оформить и подписать заявление о сдаче (утрате) полиса на материальном носителе, заявления о приостановлении действия полиса или переоформления полиса и получить **на мое имя / на имя моего ребенка** (нужное подчеркнуть)

выписку из единого регистра застрахованных лиц, содержащую сведения о полисе **в филиале (офисе филиала) ООО «Капитал МС»** в _____

(наименование филиала)

Подпись _____ удостоверяется:

(Ф.И.О. представителя полностью и подпись)

Подписывая настоящую доверенность, даю Представителю и ООО «Капитал МС» согласие на обработку указанных в настоящей доверенности **моих персональных данных/персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка** (нужное подчеркнуть) в целях, предусмотренных законодательством об обязательном медицинском страховании,

_____ (Ф.И.О. доверителя полностью)

_____ (подпись)

Срок действия доверенности до « _____ » _____ 20__ г.
Доверенность выдана без права передоверия.