

**Доверенность  
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Г. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(указывается город)

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., являясь законным представителем  
моего \_\_\_\_\_ несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ ребенка  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_  
свидетельство о рождении (паспорт) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.,  
зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_  
дата регистрации \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_ (далее – Ребенок)  
настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации АО «Страховая компания «Чувашия-Мед» в отношении Ребенка:  
- оформить, подписать и подать от моего имени заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в АО «Страховая компания «Чувашия-Мед»;  
- получить временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования;  
- получить полис обязательного медицинского страхования единого образца;  
- расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением данного поручения.

Доверенность выдана без права передоверия.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество доверителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

\_\_\_\_\_  
(подпись)