

Доверенность НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Г. _____
(указывается город)

«_____» _____ 20__ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____, паспорт серия _____ № _____ выдан
_____ «_____» _____ г.,
являясь законным представителем 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
_____ «_____» _____

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 (руководитель учреждения))

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество доверенного лица)

_____ (подпись)

М.П.