

**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 (нужное подчеркнуть) ребенка** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя отчество ребенка полностью, дата рождения)

все необходимые юридические и фактические действия, включая подписание, подачу и получение всех необходимых документов, в том числе оформить и подписать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, 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 выдаче полиса ОМС (выдаче дубликата полиса) или переоформления полиса и получить **на мое имя / на имя моего ребенка (нужное подчеркнуть)**

страховой медицинский полис ОМС, или временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС в филиале (офисе филиала) **ООО «Капитал МС»** в \_\_\_\_\_

(наименование филиала)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяется:

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

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. доверителя полностью)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Срок действия доверенности до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Доверенность выдана без права передоверия.