

ДОВЕРЕННОСТЬ
представителю застрахованного лица

(место совершения)

(дата 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 три года.