

**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

\_\_\_\_\_ (наименование страховой медицинской организации)

в лице филиала \_\_\_\_\_

(наименование филиала)

**по вопросам обязательного медицинского страхования, для чего предоставляется право совершать от моего имени в моих интересах / в интересах моего несовершеннолетнего**  
**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 \_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

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) \_\_\_\_\_

(наименование филиала)

Подпись \_\_\_\_\_ удостоверяется:

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

\_\_\_\_\_

**(Ф.И.О. доверителя полностью)**

**(подпись)**

Срок действия доверенности три года.