

# ДОВЕРЕННОСТЬ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

зарегистрирован(а) по адресу \_\_\_\_\_

настоящим уполномочивает \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

от моего имени совершать следующие действия в выбранной страховой медицинской организации АО «Медицинская страховая компания «Новый Уренгой»:

- Подавать заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц.
- Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в целях регистрации в качестве застрахованного лица АО «МСК «Новый Уренгой».
- Подавать заявление о переоформлении полиса ОМС.
- Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе ОМС.
- Подавать заявление о сдаче(утере) полиса ОМС на материальном носителе.
- Подавать заявление о приостановлении действия полиса ОМС.
- Получать полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе.
- Получать выписку о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц.
- Давать согласие на обработку персональных данных.
- Совершать иные действия, необходимые для выполнения предоставленных настоящей доверенностью полномочий.

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

Доверенность выдана без права передоверия.

Тел \_\_\_\_\_

Доверитель \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество доверителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)