

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Город, село \_\_\_\_\_

Дата прописью \_\_\_\_\_

Я, (далее - Доверитель) \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

Дата рождения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Г. (формат ДД/ММ/ГГ),

паспорт серия/номер \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Г. (формат ДД/ММ/ГГ),

адрес регистрации/проживания \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Г. (формат ДД/ММ/ГГ),

Домашний тел: 8 (42\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, Сотовый тел (федеральный): 8 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

Доп.контакт (тел. родственника) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

(при наличии)

в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н, в целях реализации прав в сфере обязательного медицинского страхования

Доверяю (далее – Доверенное Лицо) \_\_\_\_\_

(ФИО полностью),

Дата рождения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Г. (формат ДД/ММ/ГГ),

паспорт серия/номер \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Г. (формат ДД/ММ/ГГ),

адрес регистрации/проживания \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ контактный тел: 8 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

совершать от моего имени следующие действия в ООО СМО «Восточно-страховой альянс»:

- обращаться с заявлением о включении в единый регистр застрахованных лиц;
- обращаться с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации;
- обращаться с заявлением о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования;
- обращаться с заявлением о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования;
- обращаться с заявлением о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;
- подавать запросы на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования
- получать выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования
- заполнять и подписывать вышеуказанные заявления;
- при необходимости для выполнения указанных выше действий, подавать и получать иные документы, raspisyvatsya в журналах выдачи документов, иных документах.

Настоящая доверенность выдана сроком на один год.

Подпись Доверителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Подпись Доверенного Лица: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)