

ДОВЕРЕННОСТЬ

_____ (наименование населенного пункта, субъект Российской Федерации (республика, край, область, округ))

_____ (дата прописью)

Я, _____,

_____ (фамилия, имя, отчество доверителя)

дата рождения _____ Г.,

место рождения _____,

имею (-ий, ая) документ, удостоверяющий личность _____,

_____ (наименование документа)

серия документа _____ номер документа _____,

выданный _____,

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа _____ Г.,

категория застрахованного лица (работающий/ неработающий) (нужное подчеркнуть)

страховой номер индивидуального лицевого счета _____,

адрес регистрации по месту жительства в РФ _____

_____ дата регистрации по адресу места жительства в РФ _____,

адрес места пребывания (указывается в случае пребывания гражданина по адресу,

отличному от адреса регистрации по месту жительства) _____

Доверяю _____,

_____ (фамилия, имя отчество доверенного лица)

дата рождения _____ Г.,

имею (-ему, ей) документ, удостоверяющий личность _____,

_____ (наименование документа)

серия документа _____ номер документа _____,

выданный _____,

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа _____ Г.,

Зарегистрировать меня в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах» в связи с выбором (заменой) страховой медицинской организации

(переоформлением полиса), получить временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования, полис обязательного медицинского страхования.

Даю согласие ГК «Забайкалмедстрах» в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее-Закон), на обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных мною своих персональных данных, при осуществлении ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере ОМС; на индивидуальное информирование и опрос, проводимые страховым представителем ГК «Забайкалмедстрах».

Даю согласие на получение информационных сообщений, содержащих уведомления ГК «Забайкалмедстрах» в сфере обязательного медицинского страхования.

Подтверждаю, что не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом.

Подтверждаю достоверность и полноту указанных сведений.

Подпись доверителя _____
(расшифровка подписи доверителя)