

## ДОВЕРЕННОСТЬ

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

\_\_\_\_\_ (дата прописью)

**Я,** \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество доверителя)

дата рождения \_\_\_\_\_ Г.,

имею ( -ий, ая) документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (наименование документа)

серия документа \_\_\_\_\_ номер документа \_\_\_\_\_,

выданный \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа \_\_\_\_\_ Г.,

**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 \_\_\_\_\_ Г.,

**Зарегистрировать гражданина, законным представителем которого я являюсь,**

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя отчество застрахованного лица)

дата рождения \_\_\_\_\_ Г.,

место рождения \_\_\_\_\_,

имеющего документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (наименование документа)

серия документа \_\_\_\_\_ номер документа \_\_\_\_\_,

выданный \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа \_\_\_\_\_,

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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
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, а также персональных данных лица, представителем которого я являюсь, 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 представляемый мною гражданин не является 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".

**Подтверждаю** достоверность и полноту указанных сведений.

Подпись доверителя \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи доверителя)

Настоящая доверенность удостоверена мной \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя отчество лица, удостоверяющего доверенность)

Доверенность подписана \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя отчество доверителя)

в моем присутствии \_\_\_\_\_  
Подпись лица, удостоверяющего доверенность.

**М.П.**