

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Чита

Наименование населенного пункта

«02» февраля 2026 года

Я, Ф.И.О. Иванов Иван Иванович,
дата рождения 01.01.2001, документ, удостоверяющий личность паспорт, серия 1234 номер 567890 кем выдан УМВД России по Забайкальскому краю,
дата выдачи 01.01.2021, телефон 8 914 034567, адрес электронной почты 123@mail.ru, адрес места жительства г. Чита ул. Ленина 1 кв 5,

настоящей доверенностью уполномочиваю Ф.И.О. Петрова Петра Петровича,
дата рождения 01.01.2002, документ, удостоверяющий личность паспорт, серия 1234
номер 567890 кем выдан УМВД России по Забайкальскому краю,
дата выдачи 01.01.2022, адрес места жительства г. Чита ул. Ленина 1 кв 10,
(далее – представитель) представлять мои интересы в Обществе с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская компания «Забайкалмедстрах» (ИНН 7500023400) для чего предоставляю право от моего имени:

1. Подавать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц;
2. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации;
3. Подавать заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования;
4. Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования;
5. Получать выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования;
6. Подавать заявление о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования;
7. Подавать заявление о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе;
8. Подавать и получать иные документы и сведения, связанные с реализацией полномочий по настоящей доверенности, в том числе содержащие мои персональные данные;
9. Давать согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактными данным в рамках законодательства в сфере обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте;
10. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с реализацией полномочий по настоящей доверенности.

Срок действия доверенности до «31» декабря 2026 г.
Доверенность выдана без права передоверия.

Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество доверителя)

ИИ

(подпись)