

# ДОВЕРЕННОСТЬ

\_\_\_\_\_ (наименование населенного пункта, субъекта РФ (республики, края, области, округа))

\_\_\_\_\_ (дата прописью)

**Я,** \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество доверителя в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

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 в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

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 в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность )

дата рождения \_\_\_\_\_ Г.,

место рождения \_\_\_\_\_,

(указывается в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

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

(наименование документа)

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

выданный \_\_\_\_\_,

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа \_\_\_\_\_,

работающий/ не работающий

(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 по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства)  
Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован(-а) на дату подачи заявления (при подаче заявления в иную организацию) \_\_\_\_\_

Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в РФ<sup>1</sup>:  
вид документа \_\_\_\_\_

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

выданный \_\_\_\_\_,

(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа \_\_\_\_\_ Г.,

срок действия вида на жительство (разрешения на временное проживание)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах» в связи с выбором (заменой) страховой медицинской организации (переоформлением полиса), подать в его отношении заявление о выдаче дубликата или переоформлении полиса, получить его 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 доверенным лицом своих персональных данных и данных гражданина, законным 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 информации от ГК «Забайкалмедстрах» и взаимодействие при предоставлении информации, на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организацией на всех этапах оказания медицинской помощи мною и гражданином, законным представителем которого я являюсь, при личном обращении, посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной, почтовой связи и адресного обхода. О возможности и способе отказа от получения информационных сообщений извещён.

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

**Подтверждаю** достоверность и полноту указанных сведений.

Подпись доверителя \_\_\_\_\_

(расшифровка подписи доверителя)

<sup>1</sup> Для лиц, не являющихся гражданами РФ