

ДОВЕРЕННОСТЬ

п. Гавриловский Сарыинский р-н Астраханская обл.
(наименование населенного пункта, субъекта РФ (республики, края, области, округа))

Второе апреля 2019 года
(дата прописью)

Я, Кузнецова Сурида Васильевна,
(фамилия, имя, отчество доверителя в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

дата рождения 01.04.1991 г.,

имею (ий,ая) документ, удостоверяющий личность паспорт,
(наименование документа)

серия документа 7010 номер документа 202020,

выданный УВД по республике Дагестан,
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа 20.05.2010 г.,

Доверяю Куликова Ирина Александровна,
(фамилия, имя отчество доверенного лица в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

дата рождения 12.11.1965 г.,

имею (ему,ей) документ, удостоверяющий личность паспорт,
(наименование документа)

серия документа 2609 номер документа 010203,

выданный ОВД Краснокамчатского района Чукотского обл.
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи 13.12.2009 г.,

Зарегистрировать гражданина, законным представителем которого я являюсь.

Кузнецов Павел Кириллович,
(фамилия, имя отчество застрахованного лица в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

дата рождения 28.02.2019 г.,

место рождения г. Москва,
(указывается в точном соответствии с документом, удостоверяющим личность)

имеющего документ, удостоверяющий личность Свидетельство о рождении
(наименование документа)

серия документа VIII - МЮ номер документа 070506,

выданный Семилетовским отделом ЗАГС Управления ЗАГС г. Москва,
(наименование органа, выдавшего документ)

дата выдачи документа 15.03.2019 г.,

работающий/ неработающий
(нужное подчеркнуть)

страховой номер индивидуального лицевого счета 101-101-101 00,

адрес регистрации по месту жительства в РФ Забайкальский край

Среднеинский район с. Юнга ул. Верхняя, д. 1 кв. 2

дата регистрации по адресу места жительства в РФ 15.03 2019 г.

адрес места пребывания Забайкальский край г. Тунка

ул. Лесная, д. 1 кв. 180
(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 РФ¹:
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 Кузнецова Елена Васильевна
(расшифровка подписи доверителя)

¹ Для лиц, не являющихся гражданами РФ