

ДОВЕРЕННОСТЬ
представителю застрахованного лица

_____ (место совершения)

_____ (дата прописью)

Я (Мы), _____,
(фамилия, имя, отчество доверителя полностью)

паспорт серии _____ № _____, выдан _____

_____ «__» _____ 20__ г.,
именуемый в дальнейшем Доверитель, настоящей доверенностью доверяю (ем)

_____,
(фамилия, имя, отчество представителя полностью)

паспорт серии _____ № _____, выдан _____

_____ «__» _____ 20__ г.,
именуемый в дальнейшем Представитель,

представлять мои интересы в отношениях со страховой медицинской организацией ООО ВТБ МС для регистрации в качестве застрахованного лица, для чего предоставляется право выполнять все необходимые юридические и фактические действия, включая подписание всех необходимых документов, в том числе:

оформить и подписать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, зарегистрировать меня в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию в страховой медицинской организации ООО ВТБ МС, оформить и подписать заявление о выдаче полиса обязательного медицинского страхования (выдаче дубликата полиса) или переоформления полиса и получить на мое имя страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, или временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования в ООО ВТБ МС.

Доверенность действительна по «__» _____ 201__ г.

Подпись

_____ удостоверяю.

Ф.И.О. представителя

подпись представителя

подпись доверителя

Ф.И.О. доверителя полностью