

Место выдачи доверенности: _____

Дата выдачи _____ 202_ г.

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ года рождения, родившийся в _____

(дата рождения)

(место рождения)

_____, являющийся гражданином _____,

(указывается страна либо указывается «лицо без гражданства»)

документ, удостоверяющий личность _____¹, серия _____

номер _____ выдан (кем) _____

_____ дата выдачи _____

Документ на право проживания в РФ² _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____ дата окончания _____

дата начала срока проживания _____ дата окончания срока проживания _____

кем выдан _____

зарегистрированный по месту жительства по адресу _____

_____ дата регистрации _____

зарегистрированный по месту пребывания _____

_____ дата регистрации _____

СНИЛС _____ Контактная информация _____

(номер телефона, адрес электронной почты)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

_____, являющегося _____

(указывается отношение к застрахованному лицу)

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____

выдан (кем) _____ дата выдачи _____

Контактная информация _____

(номер телефона, адрес электронной почты)

представлять мои интересы в Обществе с ограниченной ответственностью «Арсенал медицинское страхование» (ООО «Арсенал МС») по вопросам, связанным с осуществлением моих прав и исполнением обязанностей в сфере обязательного медицинского страхования, для чего предоставляю ему (ей) следующие права:

• **право зарегистрировать** _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

в ООО «Арсенал МС» в качестве застрахованного лица;

• право оформления, подписания и подачи заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц, заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации;

• право оформления, подписания и подачи заявления о выдаче полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, заявления о внесении изменений в полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе, заявления о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования, заявления о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования, заявления о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, запроса на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования;

• право получения полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе, выписки о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц;

• право подачи, получения и подписания документов, необходимых для выполнения иных юридических и фактических действий, связанных с исполнением настоящего поручения.

Доверенность выдана сроком на _____³ без права передоверия.

Полномочия и подпись представителя _____ удостоверяю.

(подпись представителя)

_____ (_____)

(подпись доверителя)

(расшифровка подписи)

¹ паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, удостоверение беженца, паспорт иностранного гражданина;

² для иностранного гражданина, для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации;

³ максимальный срок доверенности – 1 год