

Место выдачи доверенности: _____

Дата выдачи _____ 202_ г.

ДОВЕРЕННОСТЬ

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

документ, удостоверяющий личность _____¹, серия _____,
номер _____, ВЫДАН (кем) _____
_____ дата выдачи _____

Контактная информация _____
(номер телефона, адрес по месту жительства (пребывания), адрес электронной почты)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

(фамилия, имя, отчество полностью)
документ, удостоверяющий личность _____, серия _____,
номер _____, ВЫДАН (кем) _____
_____ дата выдачи _____

Контактная информация _____
(номер телефона, адрес по месту жительства (пребывания), адрес электронной почты)

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребёнка _____

(фамилия, имя, отчество полностью)
« ____ » _____ Г. _____
(дата рождения) (место рождения)
серия _____ № _____
(свидетельство о рождении) (кем и когда выдано)

СНИЛС _____ зарегистрированного по адресу _____
_____ дата регистрации _____

в Обществе с ограниченной ответственностью «Арсенал медицинское страхование» (далее —
ООО «Арсенал МС») по вопросам, связанным с осуществлением его прав в сфере обязательного
медицинского страхования, для чего предоставляю доверенному лицу
_____ следующие права:

(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

- право зарегистрировать моего ребёнка 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 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 _____² без права передоверия.

Полномочия и подпись представителя _____ удостоверяю.
(подпись представителя)

_____ (_____)
(подпись доверителя) (расшифровка подписи)

Доверенность действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорта) представителя.

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

² максимальный срок доверенности – 1 год