

Доверенность
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Г. _____ «_____» _____ 20__ г.
(указывается город)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____, место рождения _____

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
паспорт серия _____ № _____ выдан _____
_____ «_____» _____ г., зарегистрирован по адресу:

_____ дата регистрации _____

место проживания: _____

СНИЛС _____ конт. тел. _____

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ паспорт серия _____ № _____ выдан

«_____» _____, дата рождения: _____ года,
- оформить, подписать и подать от моего имени заявление о выборе (замене) страховой
медицинской организации в АО «Страховая компания «Чувашия-Мед»;
- получить временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса
обязательного медицинского страхования;
- получить полис обязательного медицинского страхования единого образца;
- расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением данного
поручения.

Доверенность выдана без права передоверия.

(фамилия, имя, отчество доверителя)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

(подпись)