

ДОВЕРЕННОСТЬ

_____ (наименование населенного пункта)

_____ (число, месяц и год выдачи доверенности)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество доверителя)

серия _____ № _____ (данные документа, удостоверяющего личность доверителя)

_____ (наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность доверителя)

« _____ » _____ Г., (число, месяц и год выдачи документа, удостоверяющего личность доверителя)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____ (фамилия, имя, отчество доверенного лица)

серия _____ № _____ (данные документа, удостоверяющего личность доверенного лица)

_____ (наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность доверенного лица)

« _____ » _____ Г., (число, месяц и год выдачи документа, удостоверяющего личность доверенного лица)

от моего имени совершать следующие действия в выбранной мной страховой медицинской организации ГК «Забайкалмедстрах»:

1. Подавать заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц.
2. Подавать заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации.
3. Подавать заявление о переоформлении полиса обязательного медицинского страхования.
4. Получать полис обязательного медицинского страхования.
5. Подавать запрос на предоставление выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.
6. Получать выписку из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования.
7. Подавать заявление о приостановлении действия полиса обязательного медицинского страхования.
8. Подавать заявление о сдаче (утрате) полиса обязательного медицинского страхования на материальном носителе.
9. Подавать и получать иные документы и сведения, связанные с выполнением этого поручения, в том числе содержащие персональные данные (мои и лица, законным представителем которого я являюсь).
10. Давать согласие на обработку персональных данных (моих и лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность,

адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

11. Давать согласие на индивидуальное информационное сопровождение страховой медицинской организации на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, а также на устное или письменное информирование по указанным доверенным лицом контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства обязательного медицинского страхования (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование) и получение выписки о полисе обязательного медицинского страхования из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.
12. Выполнять иные юридические и фактические действия, связанные с исполнением настоящего поручения.

Срок действия доверенности до « ____ » _____ 20 ____ г.
Доверенность выдана без права передоверия.

(фамилия, имя, отчество доверителя)

(подпись)