

Họ tên	Ngày sinh	Số CMND/CCCD/ Hộ chiếu/định danh cá nhân	Ngày cấp	Nơi cấp	Bên mua bảo hiểm (ký xác nhận)

..... ngày... tháng.... năm 2025

Lãnh đạo đơn vị

(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)