

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

-----o0o -----

GIẤY ỦY QUYỀN

Tên tôi là: Ngày sinh:

Số CMND/ CCCD/ Hộ chiếu: Cấp ngày: Nơi cấp:

Địa chỉ thường trú:

Chỗ ở hiện tại:

Tôi là Người được bảo hiểm

Tôi là của Người được bảo hiểm

theo Hợp đồng bảo hiểm tại Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân Thọ FWD Việt Nam (FWD Việt Nam) với thông tin chi tiết như sau:

Số hợp đồng bảo hiểm:

Người được bảo hiểm: Ngày sinh: CMND.....

Bên mua bảo hiểm: Ngày sinh: CMND.....

Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho đại diện của Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân Thọ FWD Việt Nam (FWD Việt Nam) hoặc đối tác của FWD Việt Nam được trực tiếp nhân danh tôi thực hiện các công việc nêu dưới đây:

- a) Liên hệ với tất cả các cơ sở y tế (bệnh viện, phòng khám, trung tâm y tế....) bác sĩ hay tất cả các cá nhân, cơ quan tổ chức có liên quan để tìm hiểu về quá trình khám, điều trị, bệnh sử (kể cả HIV/ AIDS) và sự kiện tử vong của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm nêu trên;
- b) Gửi yêu cầu và nhận bản Tóm tắt bệnh án/ Trích sao hồ sơ bệnh án, Toa thuốc và tất cả các văn bản tài liệu khác có liên quan đến quá trình khám, điều trị bệnh (kể cả HIV) hoặc sự kiện tử vong của Người được bảo hiểm / Bên mua bảo hiểm nêu trên.

Giấy ủy quyền này có hiệu lực từ ngày ký và hết hiệu lực khi FWD Việt Nam hoặc đối tác của FWD Việt Nam đã hoàn tất thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo hợp đồng bảo hiểm nêu trên.

Tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc ủy quyền này.

....., ngày.....tháng.....năm.....

**UBND xã/ phường/ thị trấn chứng thực chữ ký của
Người làm Giấy ủy quyền**

Người ủy quyền
(ký và ghi rõ họ tên)

.....
.....
.....
.....

Giấy này được lập bởi bản thân Người bệnh hoặc bố, mẹ, hoặc người giám hộ hợp pháp, vợ, chồng, con từ đủ 18 tuổi trở lên của người đó.