CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh Phúc
-----------oOo-----------

GIẤY ỦY QUYỀN

Tôi tên là: ....

Sinh ngày: ....

Địa chỉ thường trú: ....

CCCD số: .... Cấp ngày: .... Nơi cấp: ....

☐ Tôi là Người được bảo hiểm

☐ Tôi là.................................…………. của Người được bảo hiểm

theo Hợp đồng bảo hiểm ("HĐBH") tại Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam (FWD Việt Nam) với thông tin như sau:

Số HĐBH: ....

Bên mua bảo hiểm: .... CCCD: ....

Người được bảo hiểm: .... CCCD: ....

Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho FWD Việt Nam, người đại diện và/hoặc đối tác của FWD Việt Nam, được trực tiếp nhân danh tôi liên hệ các cơ quan, tổ chức, cá nhân liên quan để thực hiện việc thu thập các thông tin, giấy tờ liên quan đến việc khám, chẩn đoán và chữa trị bệnh của ông/bà... từ trước cho đến nay nhằm phục vụ cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm của HĐBH nêu trên.

Giấy ủy quyền này có hiệu lực từ ngày ký cho đến khi FWD Việt Nam và/hoặc đối tác của FWD Việt Nam hoàn tất việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho HĐBH nêu trên.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về sự ủy quyền này và cam đoan không có bất kỳ khiếu nại gì về sau.

……………., ngày ……. tháng ……. năm 20……

UBND xã/ phường 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 (Người được bảo hiểm) hoặc bố, mẹ, vợ, chồng, con từ đủ 18 tuổi trở lên, người giám hộ hợp pháp của người đó.