

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

---oOo---

GIẤY ỦY QUYỀN

Tôi tên:Ngày sinh/...../.....

CMND/ Hộ chiếu:Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Địa chỉ thường trú:

Chỗ ở hiện nay:

Tôi là Người được bảo hiểm

Tôi làcủa 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.....

Địa chỉ thường trú:

Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho đại diện của 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. Tiếp xúc, trao đổi với tất cả các Cơ sở y tế (Bệnh viện, Trung tâm y tế, Phòng khám ...), 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 (kể cả HIV) 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 hồ sơ 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 kể 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.

.....ngàytháng năm.....

Chính quyền địa phương
(xác nhận chữ ký và đóng dấu)

Người ủy quyền
(ký và ghi rõ họ tên)