

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

---o0o---

THƯ ỦY QUYỀN

Họ tên Người ủy quyền: _____

Ngày, tháng, năm sinh: _____

Số CMND/Hộ chiếu: _____ Cấp ngày: _____ Tại: _____

Địa chỉ: _____

Họ tên bệnh nhân: _____

Ngày, tháng, năm sinh: _____

Số CMND/Hộ chiếu: _____ Cấp ngày: _____ Tại: _____

Địa chỉ: _____

Mối quan hệ giữa người ủy quyền và bệnh nhân (hoặc Người được bảo hiểm đã tử vong): _____

Tôi ủy quyền cho Công ty TNHH Manulife (VN) hoặc cá nhân, tổ chức được Công ty TNHH Manulife (VN) ủy quyền được phép liên hệ các cơ sở y tế, bác sỹ, các công ty bảo hiểm hoặc các tổ chức khác để thu thập các thông tin của Bệnh nhân về tình trạng sức khỏe, bệnh lý (bao gồm HIV/AIDS) tai nạn, thương tổn, ... và các bản sao hồ sơ y tế.

Bản sao của Thư ủy quyền này sẽ có giá trị như bản gốc.

Xác nhận của UBND địa phương:

(Xác nhận chữ ký của Người ủy quyền)

Chân thành cảm ơn

Trân trọng.

_____, Ngày ____ tháng ____ năm ____

Chữ ký của Người ủy quyền (Ký và ghi rõ họ tên)

Mẫu đơn này cần được điền đầy đủ và được Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Cha/Mẹ của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) hoặc bà con họ hàng của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm đã tử vong) cùng với nhân chứng ký.