

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc Lập - Tự Do - Hạnh Phúc

---***---

GIẤY ỦY QUYỀN

Tôi tên..... Ngày sinh/...../.....

CC/CCCD/Hộ chiếu:..... Ngày cấp...../...../..... Nơi cấp:.....

Chỗ ở hiện nay:..... Tỉnh/TP:..... Điện thoại:

Quan hệ với Người được bảo hiểm:

☐ Người được bảo hiểm ☐ Vợ/Chồng hợp pháp ☐ Con ruột ☐ Cha/Mẹ ruột

☐ Anh/Chị/Em ☐ Khác (Quý khách vui lòng ghi rõ mối quan hệ)

theo Hợp đồng bảo hiểm số..... tại Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir (“MAP Life”) với thông tin chi tiết như sau:

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

CC/CCCD/Hộ chiếu:..... Ngày cấp...../...../..... Nơi cấp:.....

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

CC/CCCD/Hộ chiếu:..... Ngày cấp...../...../..... Nơi cấp:.....

Bằng văn bản này, tôi theo đây ủy quyền cho đại diện của MAP Life hoặc đối tác của MAP Life được trực tiếp hoặc ủy quyền lại cho bất kỳ cá nhân nào nhân danh tôi thực hiện các công việc được nêu dưới đây:

- Tiếp xúc, trao đổi với tất cả các cơ sở y tế (bệnh viện, phòng mạch, 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 (nếu đã tử vong) nêu trên;*
- Ký và/hoặc nhận tất cả biên bản làm việc, hồ sơ, bệnh án, phác đồ điều trị, tài liệu tư vấn y tế, toa thuốc và tất cả các văn bản, tài liệu khác có liên quan đến quá trình khám, điều trị bệnh (kể cả HIV/AIDS) hoặc sự kiện tử vong của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm (nếu đã tử vong).*

Tôi (Người ủy quyền) cam kết và xác nhận:

- Việc ủy quyền này là hoàn toàn tự nguyện, đúng pháp luật. Mọi tranh chấp, rủi ro phát sinh (nếu có) từ hoặc liên quan đến việc ủy quyền này Tôi và MAP Life có trách nhiệm giải quyết.
- Tôi không có bất kỳ khiếu nại, khiếu kiện nào đối tất cả các bệnh viện, bác sĩ, y sĩ, các cá nhân và tổ chức có liên quan khác đã cung cấp thông tin cho MAP Life và chịu trách nhiệm về việc ủy quyền này.

Giấy Ủy Quyền này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ kết thúc hiệu lực sau khi MAP Life đã hoàn tất thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho chúng tôi theo Hợp đồng bảo hiểm nêu trên.

Tôi xác nhận thêm rằng tất cả các bản sao của Giấy Ủy Quyền này khi được xuất trình sẽ đương nhiên có hiệu lực như bản gốc đã được tôi ký kết vào ngày tháng năm dưới đây./

Chính quyền địa phương chứng thực chữ ký

(Ký tên, đóng dấu)

.....Ngày.....tháng.....năm.....

Người ủy quyền

(Ký tên và ghi rõ họ và tên)

.....Ngày.....tháng.....năm.....