Cộng Hòa Xã Hội Chủ Nghĩa Việt Nam
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY ỦY QUYỀN

Tôi tên: ..... Ngày sinh: .....

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

Địa chỉ thường trú: .....

với tư cách là: ☐ Người thụ hưởng

☐ Người được Bảo hiểm

☐ .....của Người được Bảo hiểm

trong Hợp đồng Bảo hiểm số: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

tham gia tại Công Ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ Chubb Việt Nam ("Chubb Life") với thông tin chi tiết như sau:

Bên mua Bảo hiểm: ..... Sinh năm: ..... CMND/CCCD/Hộ chiếu số: .....

Người được Bảo hiểm: ..... Sinh năm: ..... CMND/CCCD/Hộ chiếu số: .....

Bằng Giấy ủy quyền này, tôi đồng ý ủy quyền cho Chubb Life (bao gồm cả các cá nhân hoặc tổ chức được giới thiệu bởi Chubb Life) thay mặt tôi liên hệ với các Bệnh viện, Trung tâm/Cơ sở y tế, Bác sĩ, các công ty bảo hiểm, các cá nhân, tổ chức và cơ quan nhà nước có thẩm quyền để thu thập những thông tin, tài liệu có liên quan đến quá trình khám, điều trị bệnh (kể cả HIV/AIDS), thương tổn, bệnh sử, toa thuốc, các bản sao hồ sơ y tế, tình trạng tài chính, thông tin nhân thân (kể cả thông tin về tiền án, tiền sự, nếu có) của Người được Bảo hiểm/Bên mua Bảo hiểm và các thông tin, tài liệu khác, nhằm phục vụ cho việc Chubb Life giải quyết quyền lợi bảo hiểm của Hợp đồng Bảo hiểm nêu trên.

Tôi đồng ý và chấp thuận việc những cá nhân, tổ chức nêu trên được cung cấp các thông tin, tài liệu như nêu trên theo đề nghị của Chubb Life. Tôi cam kết và đồng ý rằng Quý cơ quan/Quý vị sẽ không chịu bất kỳ trách nhiệm nào liên quan đến việc cung cấp tất cả các thông tin, tài liệu nêu trên cho Chubb Life theo Giấy ủy quyền này. Mọi vấn đề có liên quan sẽ do tôi chịu trách nhiệm theo quy định của pháp luật.

Giấy ủy quyền này có hiệu lực kể từ ngày ký cho đến khi Chubb Life hoàn tất quá trình giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với Hợp đồng Bảo hiểm nêu trên. Bản sao của Giấy ủy quyền này cũng có giá trị như bản chính.

Chính quyền địa phương chứng thực chữ ký

..... Ngày ..... tháng .....năm .....

Người ủy quyền

(ký và ghi rõ họ tên)