

Ngày.....tháng.....năm.....

THƯ ỦY QUYỀN XÁC MINH THÔNG TIN

I. BÊN ỦY QUYỀN

Họ và tên:.....

Địa chỉ:

Số CMND:..... Ngày cấp...../...../..... Nơi cấp:

Mối quan hệ với bệnh nhân/ Người được bảo hiểm

Thông tin của bệnh nhân /Người được bảo hiểm:

Họ và tên:.....

Ngày tháng năm sinh:.....

Số CMND:..... Ngày cấp...../...../..... Nơi cấp:

II. BÊN ĐƯỢC ỦY QUYỀN

Công Ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ BIDV METLIFE

Địa chỉ: Tầng 10, Tháp A, Tòa Nhà VINCOM CITY, 191 Bà Triệu, P. Lê Đại Hành, Q. Hai Bà Trưng, TP.Hà Nội

III. NỘI DUNG ỦY QUYỀN

Bằng văn bản này, Tôi đồng ý và ủy quyền cho phép Công Ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ BIDV METLIFE xác minh thông tin và trích lục Hồ sơ/Bệnh án của Người được bảo hiểm có tên trên đây để giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Tôi theo Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết với Công ty.

Tôi cũng đồng ý rằng bản photo của Thư ủy quyền xác minh thông tin này với chữ ký của Tôi có hiệu lực và giá trị như bản chính.

Người ủy quyền
(ký và ghi rõ họ tên)

Người làm chứng
(ký và ghi rõ họ tên)