

## GIẤY ỦY QUYỀN THU THẬP THÔNG TIN

Tôi tên.....Ngày sinh ...../...../.....

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

Chỗ ở hiện nay:.....Tỉnh/TP:.....

Địa chỉ thường trú:.....Tỉnh/TP:.....

Quan hệ với Người được bảo hiểm:

Người được bảo hiểm

Con ruột

Cha/Mẹ ruột

Anh/Chị/Em

Vợ/Chồng hợp pháp

Khác ..... (Quý khách vui lòng ghi rõ mối quan hệ)

theo Hợp đồng bảo hiểm tại Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ AIA (Việt Nam) (“AIA Việt Nam”) với thông tin chi tiết như sau:

Số hợp đồng bảo hiểm:.....

Người được bảo hiểm: .....Ngày sinh:...../...../..... CMND/Hộ chiếu:.....

Bên mua bảo hiểm: .....Ngày sinh:...../...../..... CMND/Hộ chiếu:.....

bằng văn bản này, tôi theo đây ủy quyền cho đại diện của AIA Việt Nam hoặc đối tác của AIA Việt Nam 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).

Giấy ủy quyền này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ hết hiệu lực khi AIA Việt Nam hoặc đối tác của AIA 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.

**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)