

GIẤY ỦY QUYỀN TRÍCH LỤC TÓM TẮT BỆNH ÁN/ HỒ SƠ BỆNH ÁN

Ngày: _____

Kính gửi: _____

V/v: Trích lục Tóm tắt bệnh án của: _____ Số CMND: _____

Kính thưa Quý cơ quan,

Bằng văn bản này, tôi/ chúng tôi đồng ý và ủy quyền cho phép Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam được xác minh và xin trích lục Tóm tắt bệnh án/ Hồ sơ Bệnh án của Người có tên trên đây để giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho tôi/ chúng tôi theo Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết với Công ty.

Tôi/ chúng tôi cũng đồng ý rằng bản photocopy của Giấy ủy quyền trích lục hồ sơ này với chữ ký của tôi/ chúng tôi có hiệu lực và giá trị như bản chính.

Rất mong sự hỗ trợ, giúp đỡ nhiệt tình của Quý Cơ quan.

Chân thành cảm ơn.

Chữ ký của Người ủy quyền/ Cha mẹ bệnh nhân
Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

Họ và tên: _____

Số CMND: _____

Địa chỉ: _____

Chữ ký Người làm chứng

Họ và tên: _____

Số CMND: _____

Địa chỉ: _____