

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc****GIẤY ỦY QUYỀN**

Người ủy quyền: Ngày sinh:

Số CCCD/CC/Hộ chiếu: Cấp ngày: Cơ quan cấp:

Địa chỉ thường trú:

Tôi là (mối quan hệ giữa Người ủy quyền và Người được bảo hiểm):

☐ Bản thân☐ Cha/Mẹ☐ Vợ/Chồng hợp pháp☐ Con thành niên☐ Người giám hộ hợp pháp

của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm tại Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân Thọ Fubon Việt Nam (dưới đây gọi là “Fubon Life”) với thông tin chi tiết như sau:

- Số hợp đồng bảo hiểm:

- Người được bảo hiểm: Ngày sinh:

Số CCCD/CC/Hộ chiếu: Cấp ngày: Cơ quan cấp:

- Bên mua bảo hiểm: Ngày sinh:

Số CCCD/CC/Hộ chiếu: Cấp ngày: Cơ quan cấp:

Bằng văn bản này, Tôi đồng ý và ủy quyền cho Fubon Life hoặc cá nhân, tổ chức do Fubon Life chỉ định hoặc ủy quyền được phép nhân danh Tôi thực hiện các công việc dưới đây:

1. *Liên hệ, tiếp xúc, trao đổi với tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh (bệnh viện, phòng khám, trung tâm y tế, ...), bác sĩ, điều dưỡng hay tất cả các cá nhân, cơ quan, tổ chức khác (bao gồm các công ty bảo hiểm) để yêu cầu cung cấp thông tin, hồ sơ, tài liệu về bệnh sử, quá trình khám, điều trị (kể cả HIV/AIDS) và sự kiện tai nạn/ tử vong của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm (nếu đã tử vong) nêu trên;*
2. *Ký và 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 tai nạn/ tử vong của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm (nếu đã tử vong).*

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc ủy quyền này và cam đoan không có bất kỳ khiếu nại, khiếu kiện gì đối với tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh, các bác sĩ, điều dưỡng, các cá nhân và tổ chức có liên quan khác đã cung cấp thông tin, hồ sơ, tài liệu thuộc phạm vi nêu trên cho Fubon Life.

Giấy ủy quyền này có hiệu lực kể từ ngày ký dưới đây và sẽ chấm dứt hiệu lực khi Fubon Life hoàn tất thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm nêu trên.

Bản sao có chứng thực của Giấy ủy quyền này sẽ có giá trị như bản gốc.

**Lời chứng của cơ quan/người có thẩm quyền
công chứng/chứng thực**

....., ngày tháng năm

Người ủy quyền

(Ký và ghi rõ họ tên)

Lưu ý:

1. Đối với Quyền lợi bảo hiểm tử vong: Người ủy quyền là Cha/Mẹ/Vợ/Chồng/Con thành niên của Người được bảo hiểm.
2. Đối với các quyền lợi bảo hiểm khác:
 - Trường hợp Người được bảo hiểm chưa đủ 6 tuổi: Người ủy quyền là Cha/Mẹ/Người Giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.
 - Trường hợp Người được bảo hiểm từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 15 tuổi: Người ủy quyền là Người được bảo hiểm và Cha/Mẹ/Người Giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.
 - Trường hợp Người được bảo hiểm từ đủ 15 tuổi: Người ủy quyền là Người được bảo hiểm.
 - Trường hợp Người được bảo hiểm bị mất năng lực hành vi dân sự hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc có khó khăn trong nhận thức, làm chủ hành vi: Người ủy quyền là Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm.
3. Cơ quan/Người có thẩm quyền công chứng, chứng thực gồm UBND xã/phường hoặc Phòng tư pháp quận/huyện hoặc Công chứng viên thuộc tổ chức hành nghề công chứng.