

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

-----o0o -----

**GIẤY ỦY QUYỀN**

Tên tôi là: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Số CCCD/ Hộ chiếu: \_\_\_\_\_ Cấp ngày: \_\_\_\_\_ Nơi cấp: \_\_\_\_\_

Địa chỉ thường trú: \_\_\_\_\_

Chỗ ở hiện tại: \_\_\_\_\_

☐ Tôi là Người được bảo hiểm

☐ Tôi là \_\_\_\_\_ của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm tại Công ty cổ phần Bảo hiểm nhân thọ Kỹ Thương ("Công ty") với thông tin chi tiết như sau:

Số hợp đồng bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày phát hành: \_\_\_\_\_

Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ CMND/CCCD: \_\_\_\_\_

Bên mua bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ CMND/CCCD: \_\_\_\_\_

Tôi đồng ý cho phép Công ty được xử lý thông tin cá nhân của Người được bảo hiểm để thực hiện các thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc thực hiện các mục đích báo cáo, lưu trữ và các mục đích khác theo các quy định của pháp luật.

Để hỗ trợ việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm được thuận lợi và nhanh chóng, bằng văn bản này, tôi đồng ý ủy quyền cho đại diện của Công ty hoặc đối tác của Công ty được trực tiếp nhân danh tôi thực hiện các công việc nêu dưới đây:

- Liên hệ, trao đổi với tất cả các cơ sở y tế (bệnh viện, phòng khám, trung tâm y tế....) bác sĩ hay bất cứ cá nhân, cơ quan tổ chức có liên quan để tìm hiểu về quá trình khám, điều trị, bệnh sử (kể cả các thông tin nhạy cảm, bệnh HIV/ AIDS) và sự kiện tử vong của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm nêu trên;
- Gửi yêu cầu và nhận bản sao Tóm tắt bệnh án, Trích sao hồ sơ bệnh án, 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 nêu trên.

Giấy ủy quyền này có hiệu lực từ ngày ký và hết hiệu lực khi Công ty hoặc đối tác của Công ty 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.

.....ngày.....tháng.....năm .....

**UBND Xã/Phường/Tổ chức hành nghề công chứng**  
**chứng thực chữ ký của Người làm Giấy ủy quyền**

**Người ủy quyền <sup>1</sup>**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*

.....  
.....  
.....  
.....

<sup>1</sup> Người ủy quyền, trong trường hợp có sự kiện tử vong của Người được bảo hiểm, sẽ là vợ, chồng hoặc con thành niên của Người được bảo hiểm, trường hợp không có những người này sẽ là cha, mẹ của Người được bảo hiểm.