



CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

-----o0o-----

Kính gửi: UBND Phường/Xã/ Phòng Công Chứng.....

Các Cơ sở Y tế, Cơ quan, Đơn vị liên quan

Tôi tên là: Sinh ngày:

CCCD/CMND số:Cấp ngày: Tại:.....

Nơi thường trú:

Là:

(ghi mối quan hệ với người bệnh là Bản thân/bố/mẹ/vợ/chồng/con đủ 18 tuổi trở lên/ người giám hộ hợp pháp)

Của ông/bà (người bệnh): Sinh ngày:

CCCD/CMND số:.....Cấp ngày: Tại:.....

Nơi thường trú:

Bằng văn bản này, Tôi đồng ý cho Công ty Bảo hiểm Nhân thọ Dai-ichi Việt Nam thu thập tất cả các chứng từ liên quan đến việc khám, chẩn đoán, quá trình điều trị bệnh, cũng như các chứng từ liên quan đến hồ sơ tai nạn, nhân thân của ông/bà tại các Cơ sở Y tế, Cơ quan, Đơn vị liên quan để bổ túc hồ sơ yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm tại Công ty Bảo hiểm Nhân thọ Dai-ichi Việt Nam.

Tôi cam kết chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc này và không có bất kỳ khiếu nại gì về sau.

....., ngày.....tháng năm

Người viết văn bản

(Ký và ghi rõ họ tên)

UBND Phường/Xã/ Phòng công chứng chứng thực chữ ký của Người viết văn bản

