

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

-----o0o-----

GIẤY ĐỒNG Ý

Tôi tên là:

Sinh ngày:

Nơi thường trú:

Giấy CMND số: Cấp ngày:.....Nơi cấp:.....

Là (ghi mối quan hệ):

Của ông/bà:

Sinh ngày:

Nơi thường trú:

Giấy CMND số: Cấp ngày: Nơi cấp:.....

Nay, tôi đồng ý cho Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Dai-ichi Việt Nam (DLVN)/ Pacific Cross Việt Nam (*) được quyền thu thập tất cả các thông tin, giấy tờ liên quan đến việc khám, chẩn đoán và chữa trị bệnh của ông/bàđể bổ túc hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

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

....., ngày..... tháng..... năm

Người đồng ý
(Ký và ghi rõ Họ tên)

.....

UBND xã/phường/thị trấn chứng thực chữ ký của Người làm giấy đồng ý:

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

Giấy này được lập bởi bản thân Người bệnh hoặc bố, mẹ, hoặc người giám hộ hợp pháp, vợ, chồng, con từ đủ 18 tuổi trở lên của người đó.

(*) Pacific Cross Việt Nam là Công ty cung cấp dịch vụ bảo hiểm chăm sóc sức khỏe do DLVN chỉ định, chỉ dành riêng cho trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đối với sản phẩm bảo hiểm chăm sóc sức khỏe.