

MVI Life

GIẤY ỦY QUYỀN

CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM NHÂN THỌ MVI

Địa chỉ: Tầng 13, Tòa nhà Mipecc Tower, 229 Tây Sơn, Quận Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: 028 7307 5577 | Hotline: 1900 633 369

Email: khachhang_MVIL@manulife.com | Website: www.mvilife.com.vn

Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH): Số hồ sơ:

Bên mua bảo hiểm: Số CMND/CCCD:

Người được bảo hiểm: Số CMND/GKS:

Tôi, Bên mua bảo hiểm của HĐBH nêu trên (là Bên ủy quyền), ủy quyền cho Bên nhận ủy quyền là:

Họ tên: Ngày sinh: /.../..... Giới tính: Nam Nữ

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Cấp ngày: /.../..... Nơi cấp:

Điện thoại: ĐĐ: NR: CQ:

Email: Quan hệ với Người được bảo hiểm:

Địa chỉ liên hệ: Số nhà/ngõ/tổ/đường/phố.....

Phường/xã/thị trấn..... Quận/huyện..... Tỉnh/Thành phố.....

Thay mặt tôi đưa Người được bảo hiểm của hợp đồng này là cháu
đi kiểm tra y tế tại cơ sở y tế do Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ MVI chỉ định theo Thư mời kiểm tra sức khỏe của MVI Life.

Bên ủy quyền và Bên nhận ủy quyền đồng ý rằng, nếu được MVI Life chấp thuận việc ủy quyền:

- Bên nhận ủy quyền đồng ý cung cấp giấy tờ tùy thân để cơ sở y tế (do MVI Life chỉ định) đối chiếu trong quá trình đưa Người được bảo hiểm đi kiểm tra sức khỏe.
- Bên ủy quyền cam kết chịu trách nhiệm đối với bất kỳ khiếu nại và/hoặc tranh chấp nào phát sinh từ việc ủy quyền nêu trên (nếu có).
- Bên nhận ủy quyền không được phép ủy quyền lại một phần hay toàn bộ các công việc được ủy quyền theo văn bản này cho bất kỳ bên thứ ba nào.
- Bên ủy quyền và Bên nhận ủy quyền đồng ý tuân thủ các quy định liên quan và thanh toán các chi phí phát sinh liên quan đến việc ủy quyền này.
- Bên ủy quyền cam kết rằng Bên nhận ủy quyền là ông/bà/cô/dì/chú/bác ruột của Người được bảo hiểm và đảm bảo Bên nhận ủy quyền biết và có trách nhiệm khai báo thông tin sức khỏe của Người được bảo hiểm như Bên ủy quyền theo quy định của MVI Life.

BÊN ỦY QUYỀN

....., ngày tháng năm

(ký và ghi rõ họ tên)

BÊN NHẬN ỦY QUYỀN

....., ngày ... tháng ... năm

(ký và ghi rõ họ tên)

