

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

THƯ ĐỒNG Ý
(V/v: Thu thập thông tin)

Tôi tên: Ngày sinh:...../...../

Số CMND/CCCD: Ngày cấp:...../...../.....Nơi cấp:

Địa chỉ thường trú:

Tên Bệnh nhân/Người được bảo hiểm: Ngày sinh:/...../

Số CMND/CCCD:Ngày cấp:...../...../.....Nơi cấp:

Địa chỉ thường trú:

Mối quan hệ với Bệnh nhân/Người được bảo hiểm:.....

Để giúp cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm của Bệnh nhân/Người được bảo hiểm được thuận lợi và nhanh chóng, nay tôi đồng ý cho các cơ quan, tổ chức, bệnh viện, bác sỹ hoặc bất kỳ cá nhân nào có thông tin, chứng từ, hồ sơ bệnh án về tình trạng sức khỏe, thương tật, tai nạn, bao gồm tất cả các bệnh, thương tổn, bệnh sử, toa thuốc, phương cách điều trị, các bản sao hồ sơ y tế và các bản sao hồ sơ tai nạn..v..v. của Bệnh nhân/Người được bảo hiểm nêu trên, được phép cung cấp thông tin, chứng từ, hồ sơ này cho: Công ty TNHH Bảo hiểm Shinhan Life Việt Nam; hoặc cá nhân, tổ chức được Công ty TNHH Bảo hiểm Shinhan Life Việt Nam ủy quyền.

Chân thành cảm ơn.

Trân trọng.

Ngày.....tháng.....năm.....

Người đồng ý

(Ký và ghi rõ họ tên)

CHÍNH QUYỀN ĐỊA PHƯƠNG CHỨNG THỰC CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI ĐỒNG Ý

(Ký tên, đóng dấu)