



(□ Lần đầu

☐ Không phải lần đầu)

Phương thức thông báo: ☐ Tai quaýy ☐ Fax ☐ Bưu điệן ☐ Khác:.....

Tôi đồng ý uỷ quyền cho các bác sĩ được phép hành nghề, bác sĩ ngành y, bệnh viện, phòng khám hoặc các cơ sở y tế liên quan, công ty bảo hiểm hoặc các cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân khác có hồ sơ hoặc biết về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm hoặc sức khoẻ của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm được phép cung cấp cho công ty và các công ty tái bảo hiểm của Cathay mọi thông tin về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm.

**Chữ ký người thụ hưởng/Người yêu cầu**

**Chữ ký người giám hộ hợp pháp**

Ngày..... /..... /.....