

移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險

代理投保委任書

Giấy Ủy quyền tham gia bảo hiểm Covid-19 cho lao động nước ngoài

本人\_\_\_\_\_同意委任雇主\_\_\_\_\_先生(女士) 代為辦理投保移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險事宜，如有不實願負法律責任。

Tôi \_\_\_\_\_ đồng ý ủy quyền chủ sử dụng lao động ông (bà)\_\_\_\_\_,

thay mặt tôi xử lý việc mua bảo hiểm về chi phí y tế nằm viện cho lao động nước ngoài nhiễm Covid-19, nếu sai sự thật, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật.

委任期間自民國 年 月 日至 年 月 日止。

Thời gian ủy quyền từ ngày tháng năm đến ngày tháng năm

委任人 Người ủy quyền:

護照號碼 Số hộ chiếu:

地址 Địa chỉ:

電話 Điện thoại:

簽章(Ký tên/đóng dấu):

出生日期 Ngày sinh: Ngày tháng năm

受委任人 Người được ủy quyền:

身分證字號 Số CMND:

地址 Địa chỉ:

電話 Điện thoại:

簽章(Ký tên/đóng dấu):

出生日期 Ngày sinh: Ngày tháng năm

中 華 民 國 年 月 日

Ngày tháng năm