

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

PHẦN 1 - THÔNG TIN HỢP ĐỒNG

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (HĐBH) số: _____
 Họ tên Bên mua bảo hiểm (BMBH): _____
 Ngày sinh: _____ Số CMND/Hộ chiếu: _____
 Họ tên Người được bảo hiểm (NĐBH): _____
 Số CMND/Hộ chiếu: _____
 Người yêu cầu giải quyết QL BH (nếu khác BMBH): _____
 Địa chỉ liên lạc: _____
 Điện thoại: _____ Email: _____

PHẦN 2 - THÔNG TIN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Quyền lợi bảo hiểm yêu cầu:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ngoại trú | <input type="checkbox"/> Thương tật Toàn bộ Vĩnh viễn |
| <input type="checkbox"/> Nội trú | <input type="checkbox"/> Bệnh Nan Y |
| <input type="checkbox"/> Phẫu thuật | <input type="checkbox"/> Miễn đóng phí |
| <input type="checkbox"/> Tử vong | <input type="checkbox"/> Quyền lợi khác: _____ |

2. Thông tin quá trình khám và điều trị (từ trước đến nay)

- Mô tả chi tiết những triệu chứng, biểu hiện, dấu hiệu về tình trạng bệnh lý của NĐBH: _____
- Ngày đầu tiên xuất hiện những triệu chứng, biểu hiện, dấu hiệu nêu trên: _____

Nơi điều trị	Ngày khám/điều trị	Ngày xuất viện	Chẩn đoán

3. Thông tin tai nạn

- Nguyên nhân và diễn biến của sự việc: _____
- Thời điểm tai nạn ngày: _____ Vào lúc: _____ Giờ: _____ Phút: _____
- Địa điểm tai nạn: _____
- Biên bản tai nạn và khám nghiệm có được lập không? (nếu có vui lòng cung cấp bản sao y có chứng thực) _____

4. Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

- Nghề nghiệp trước khi Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn: _____
- Đơn vị làm việc (Tên & Địa chỉ): _____
- Ngày cuối cùng làm việc: _____
- Địa điểm tử vong: _____

Thông tin những bệnh viện/cơ sở y tế/bác sỹ đã thực hiện chẩn đoán, điều trị cho NĐBH đối với tình trạng bệnh lý liên quan tới SKBH nêu trên:

Ngày nhập viện	Ngày ra viện	Tên Bệnh viện điều trị
/ /	/ /	

Thông tin những Công ty bảo hiểm khác đã/đang bảo hiểm cho NĐBH:

Tên công ty bảo hiểm: _____ (Các) Số hợp đồng: _____

PHẦN 3 - THÔNG TIN THANH TOÁN

(Vui lòng sử dụng giấy tờ nhân thân còn hạn sử dụng theo quy định của Pháp luật)

Chuyển đóng phí cho Hợp đồng bảo hiểm số:
(Chỉ áp dụng cho Bên mua bảo hiểm của hợp đồng được chuyển đóng phí là Người thụ hưởng quyền lợi của hợp đồng này)

Chuyển tiền vào tài khoản tại ngân hàng:
 Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:
 Tại ngân hàng: Chi nhánh:
 Địa chỉ:

Nhận tiền mặt tại quầy ngân hàng:
 Tên người nhận: Số CMND:
 Ngày cấp: Nơi cấp:
 Tại ngân hàng: Chi nhánh:
 Địa chỉ:

PHẦN 4 – CAM KẾT LIÊN QUAN ĐẾN ĐẠO LUẬT TUÂN THỦ THUẾ ĐỐI VỚI TÀI KHOẢN Ở NƯỚC NGOÀI CỦA HOA KỲ (ĐẠO LUẬT FATCA)

Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới (nếu có)

- Tôi/Chúng tôi là công dân hoặc cư trú dài hạn hợp pháp tại Hoa Kỳ.
 Tôi/Chúng tôi có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ bao gồm nơi sinh tại Hoa Kỳ và/hoặc địa chỉ tại Hoa Kỳ và/hoặc số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ.
 Tôi/Chúng tôi có thực hiện nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ.

Trường hợp Người nhận quyền lợi bảo hiểm là công dân/tổ chức Hoa Kỳ hoặc người có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ có nghĩa vụ khai thuế theo Đạo luật Thuế đối với các chủ tài khoản ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA), vui lòng nộp kèm tờ khai thuế mẫu W8/W9 tương ứng theo hướng dẫn của nhân viên Công ty.

PHẦN 5 – CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi/Chúng tôi cam kết rằng tất cả các thông tin cung cấp tại Phiếu yêu cầu này và hồ sơ kèm theo là đầy đủ và đúng sự thật và sẵn sàng cung cấp thêm các thông tin, chứng từ khác cho việc thẩm định khi Công ty yêu cầu.

Tôi/Chúng tôi đồng ý và cho phép Công ty có quyền thu thập, xử lý và sử dụng thông tin cá nhân của Tôi/Chúng tôi cho các mục đích xử lý hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm mà có thể bao gồm cả việc chuyển các thông tin cá nhân cho công ty bảo hiểm khác, công ty tái bảo hiểm, cơ quan quản lý nhà nước hoặc bất kỳ cơ quan Thuế vụ nước ngoài liên quan, bao gồm các nghĩa vụ báo cáo của Công ty, cổ đông của Công ty và các thực thể trực thuộc/liên quan đến Đạo luật thuế đối với các chủ tài khoản nước ngoài (Đạo luật FATCA).

Tôi/Chúng tôi ủy quyền cho Công ty hoặc các cá nhân, tổ chức được Công ty ủy quyền được phép liên hệ các cơ sở y tế, bác sỹ, các công ty bảo hiểm hoặc các tổ chức khác để thu thập các thông tin của Tôi/Chúng tôi về tình trạng sức khỏe, bệnh lý, tai nạn, thương tổn và các bản sao hồ sơ y tế.

ngày tháng năm

Người yêu cầu GQQL bảo hiểm/BMBH
(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ và tên Tư vấn viên:
Số điện thoại: