PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

A. THÔNG TIN CHUNG

- **Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ số**: .....
- **Bên mua bảo hiểm**: ..... - Điện thoại: .....
- **Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm** (**KHÔNG** điền nếu là Bên mua bảo hiểm):

  Họ tên: ..... - Điện thoại: .....Căn cước/CCCD: .....

  Địa chỉ liên lạc:.....

  Mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm: .....
- **Người được bảo hiểm**: ..... -Số BHYT:.....

  Diễn biến tai nạn/ bệnh/ tử vong:.....

  .....

  .....

B. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM YÊU CẦU

☐ **Quyền lợi Hỗ trợ nằm viện:**

Ngày vào viện: ……/……/…… Ngày ra viện: ……/……/……

Bệnh viện: ..... Khoa điều trị:.....

Chẩn đoán bệnh:.....

☐ **Quyền lợi Hỗ trợ phẫu thuật:**

Phương pháp phẫu thuật: .....

Phương pháp vô cảm:.....

☐ **Quyền lợi Hỗ trợ chăm sóc đặc biệt - ICU:** Từ ngày ……/……/…… Đến ngày ……/……/……

☐ **Quyền lợi Hỗ trợ chi phí nằm viện do Tai nạn:**

Ngày vào viện: ……/……/…… Ngày ra viện: ……/……/……

☐ **Quyền lợi Thương tật do tai nạn / Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn:**

Ngày xảy ra sự kiện:.....

Nguyên nhân:.....

☐ **Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo:**

Ngày phát hiện bệnh: ..... – Ngày được chẩn đoán bệnh: .....

Triệu chứng bệnh:.....

Chẩn đoán:.....

☐ **Quyền lợi Tử vong:**

Ngày tử vong: ……/……/…… - Nơi xảy ra sự kiện BH:.....

Nguyên nhân tử vong: .....

☐ **Quyền lợi khác:** .....

.....

C. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN: *(vui lòng chỉ chọn **một** phương thức)*

☐ **Chuyển đóng phí** cho hợp đồng: …… Bên mua bảo hiểm.....

☐ **Nhận tiền bằng Căn cước/CCCD tại Ngân hàng (NH):**

Số Căn cước/CCCD: ……..……..…. Ngày cấp: ……/……../……. Nơi cấp: .....

Tên NH: ……..…….. Chi nhánh:……PGD:……..Tỉnh:.....

☐ **Chuyển khoản:**

Tên tài khoản: ……..…….. Số tài khoản: .....

Tên NH: ……..……..…….. .....

D. CAM KẾT:

a. Tôi cam kết rằng những điều nêu trên là hoàn toàn đúng sự thật và tôi sẽ hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính chính xác của những thông tin này.

b. Tôi đồng ý cho phép bất cứ bác sĩ, tổ chức y tế, công ty bảo hiểm, các tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ hay thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe/ tử vong của Người được bảo hiểm được phép tiết lộ cho Hanwha Life Việt Nam hay bất cứ Người đại diện nào của Hanwha Life Việt Nam các thông tin mà Hanwha Life Việt Nam yêu cầu.

c. Tôi hiểu rằng trong thời gian chờ giải quyết quyền lợi bảo hiểm, tôi cần thực hiện việc đóng phí bảo hiểm đúng hạn để đảm bảo duy trì các quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm.

Ngày…..…tháng…….năm ……
Bên mua bảo hiểm/ Người thụ hưởng
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày…....tháng…….năm ..……
Người yêu cầu
(Ký và ghi rõ họ tên)

*** <u>Hồ sơ đính kèm</u>:** *(Vui lòng đánh dấu và gạch chân những chứng từ đính kèm).*

- ☐ Giấy ra viện (**bản chính)**, Tóm tắt hồ sơ bệnh án, Phim và kết quả x-quang, Sổ khám bệnh, Giấy tờ liên quan đến khám và điều trị bệnh/chấn thương do tai nạn, Giấy chứng nhận phẫu thuật có ghi nhận phương pháp vô cảm, Phiếu kết quả giải phẫu bệnh lý,...
- ☐ Giấy xác nhận tai nạn (chứng thực của Công an cấp Huyện, chính quyền địa phương về ngày giờ xảy ra tai nạn).
- ☐ Biên bản tai nạn, Sơ đồ hiện trường, và Biên bản giải quyết tai nạn.
- ☐ Hợp đồng bảo hiểm gốc. / Bản sao Giấy chứng nhận bảo hiểm.
- ☐ Giấy báo tử/ Giấy chứng tử/ bản sao Hộ khẩu đã khai tử của Người tử vong (có chứng thực).
- ☐ Giấy ủy quyền cho Hanwha Life Việt Nam thay mặt khách hàng thu thập thông tin và chứng từ y tế/ chứng từ tai nạn của bệnh (có chứng thực).
- ☐ ……...

<u>Lưu ý:</u> Nếu không phải Bên mua bảo hiểm/Người thụ hưởng thực hiện yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, cần cung cấp Giấy ủy quyền hoặc giấy tờ hợp lệ khác chứng minh quyền yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

(Cập nhật ngày 01/11/2025)