

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(DÀNH CHO BẢO HIỂM NHÓM)

Số thẻ bảo hiểm.....Bên mua bảo hiểm (Tên Tổ chức):.....

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Họ và tên: Ngày sinh/...../.....
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:
Điện thoại: Email:
Mối quan hệ với Người được bảo hiểm:

THÀNH VIÊN ĐƯỢC BẢO HIỂM (của quyền lợi bảo hiểm được giải quyết theo yêu cầu này)

Là Nhân viên của Tổ chức Người thân của nhân viên Tổ chức
Họ và tên: Ngày sinh/...../..... Nam Nữ
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:
Điện thoại: Email:
Địa chỉ liên lạc: Tỉnh/TP:

II. THÔNG TIN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Quyền lợi bảo hiểm yêu cầu:

Điều trị nội trú Điều trị ngoại trú
 Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn
 Tử vong: Lúcgiờ, ngày...../...../..... Nguyên nhân:
Tại địa chỉ: là Nơi ở Cơ sở y tế Nơi khác
Dấu hiệu, triệu chứng bệnh được phát hiện lần đầu tiên vào ngày:...../...../.....
Khám/xét nghiệm/điều trị lần đầu tiên ngày:/...../....., tại Cơ sở y tế:

Thông tin quá trình khám và điều trị (Vui lòng cung cấp giấy tờ y tế liên quan)

Nơi điều trị	Ngày khám/nhập viện	Ngày ra viện	Chẩn đoán
.....
.....
.....

Điều trị do tai nạn: Tai nạn xảy ra lúc.....giờ, ngày...../...../..... Tại:..... Tỉnh/TP:

III. THÔNG TIN THANH TOÁN (Chuyển vào tài khoản ngân hàng)

Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:
Tên ngân hàng: Chi nhánh:
Phòng giao dịch: Địa chỉ: Tỉnh/TP:

Chứng từ đính kèm		Chứng từ thanh toán	
<input type="checkbox"/> Giấy ra viện <input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận phẫu thuật <input type="checkbox"/> Sổ sức khỏe <input type="checkbox"/> Kết quả khám và xét nghiệm <input type="checkbox"/> Đơn thuốc <input type="checkbox"/> Giấy xác nhận nghỉ bệnh	<input type="checkbox"/> Biên lai/ hóa đơn <i>(vui lòng liệt kê vào ô bên cạnh)</i> <input type="checkbox"/> Hồ sơ Tai nạn <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử <input type="checkbox"/> Chứng từ khác	Số biên lai/hóa đơn	Số tiền (VND)
		Tổng cộng	

IV. CAM KẾT LIÊN QUAN ĐẾN LUẬT TUÂN THỦ THUẾ ĐỐI VỚI CÁC TÀI KHOẢN Ở NƯỚC NGOÀI CỦA HOA KỲ (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

Trong 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 kê khai thuế theo Luật Tuân thủ thuế đối với các tài khoản ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA), vui lòng nộp kèm tờ khai W9/W8 tương ứng theo hướng dẫn của công ty.

V. CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Tôi/chúng tôi:

(a) Cam kết rằng những thông tin cung cấp tại Phiếu yêu cầu này và hồ sơ kèm theo là đầy đủ, chính xác và sẵn sàng cung cấp thêm các chứng từ khác cho việc thẩm định khi Công ty yêu cầu.

(b) Cho phép và đồng ý ủy quyền cho bất kỳ tổ chức, công ty hay cá nhân nào có hiểu biết về nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh sử, sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm cung cấp cho Công ty hay người đại diện của Công ty bất cứ thông tin nào Công ty yêu cầu.

(c) Đồng ý cho Công ty sử dụng địa chỉ liên lạc, số điện thoại, email của tôi/chúng tôi để cung cấp các thông tin liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm của tôi/chúng tôi.

(d) Cam kết hoàn trả cho Công ty các khoản thanh toán vượt hạn mức hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm đã được Công ty chi trả trước đó, hoặc đã được thanh toán do tôi/chúng tôi vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin.

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM <i>(Ký và ghi rõ họ tên)</i>	XÁC NHẬN CỦA TỔ CHỨC <i>(Ký và đóng dấu)</i>
Họ và tên: Ngày:...../...../.....	Họ và tên: Ngày:...../...../.....