

ĐƠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Không dùng cho Người được bảo hiểm hoặc chủ hợp đồng tử vong)

Hợp đồng bảo hiểm số:

THÔNG TIN CÁ NHÂN	NGƯỜI XẢY RA SỰ KIẾN BẢO HIỂM	NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG
Họ tên:
Số CMND:
Địa chỉ liên lạc:
Điện thoại liên lạc:
LOẠI QUYỀN LỢI	<input type="checkbox"/> Quyền lợi bệnh hiểm nghèo <input type="checkbox"/> Quyền lợi hỗ trợ viện phí/ Tai nạn	<input type="checkbox"/> Quyền lợi thương tật toàn bộ và vĩnh viễn <input type="checkbox"/> Quyền lợi khác:

Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm: Nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm:
 Nguyên nhân:

QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ	Ngày vào viện: Ngày ra viện:
	Chẩn đoán:
	Nơi điều trị: Tên bác sỹ điều trị:
	Nơi ĐK khám chữa bệnh ban đầu trên thẻ BHYT:

Tóm lược chi tiết công việc trước khi xảy ra sự kiện bảo hiểm:

CHỌN PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN: Nhận tiền mặt tại Trung tâm Dịch vụ Khách hàng của Công ty

Nhận tiền mặt tại ngân hàng
 Chuyển vào tài khoản cá nhân
 Nhận tiền mặt tại bưu điện
 Đóng phí bảo hiểm

Tên người nhận tiền: Số CMND: Ngày cấp:

Tên và địa chỉ chi nhánh ngân hàng:

Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:

Người bị xảy ra sự kiện bảo hiểm có được bảo hiểm bởi công ty khác không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên công ty:	Số tiền bảo hiểm:
		Ngày hiệu lực:	

Tôi cam kết rằng tất cả nội dung trong Đơn này là đầy đủ, đúng sự thật, không bỏ sót nội dung quan trọng nào và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của những thông tin nêu trên. Để có đủ cơ sở thẩm định, tôi sẵn sàng cung cấp các hồ sơ khác khi công ty yêu cầu.

Tôi đồng ý uỷ quyền Công ty và các công ty tái bảo hiểm của Công ty liên hệ và thu thập mọi thông tin về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm từ 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. Bản copy của phần uỷ quyền này có giá trị như bản gốc.

Chữ ký của Người yêu cầu

Chữ ký của Chuyên viên tư vấn bảo hiểm

Họ tên:
 Tại: Ngày:/...../.....

Họ tên:
 Tại: Ngày:/...../.....



MỘT SỐ LƯU Ý KHI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Thưa Quý khách,

Để đảm bảo quyền lợi của Quý khách, trước khi kê khai “Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm”, Quý khách vui lòng đọc kỹ những nội dung sau đây:

1. Thời hạn yêu cầu bồi thường:

Theo nội dung Điều khoản sản phẩm, thời gian yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là 01 năm kể từ khi sự kiện bảo hiểm xảy ra. Công ty sẽ không tiếp nhận hồ sơ đối với các trường hợp vượt quá thời hạn yêu cầu này.

2. Phương thức nhận tiền:

Quý khách vui lòng gửi kèm bản sao CMND (còn trong thời hạn 15 năm) của người nhận tiền về Công ty.

Nếu chọn hình thức chuyển vào tài khoản cá nhân hoặc bưu điện Quý khách phải chịu chi phí chuyển tiền theo quy định của ngân hàng/ bưu điện.

3. Hồ sơ yêu cầu:

Khách hàng vui lòng gửi về công ty bản chính/ sao y bản chính tất cả các loại hồ sơ tương ứng với từng loại quyền lợi bảo hiểm theo bảng chi tiết sau (Hợp đồng bảo hiểm chỉ nhận bản chính). Ngoài ra, nếu thấy cần thiết Công ty sẽ yêu cầu khách hàng cung cấp thêm chứng từ khác để việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm nhanh chóng và chính xác:

Loại quyền lợi bảo hiểm	Tử vong			Thương tật		Bệnh hiểm nghèo	Hỗ trợ viện phí cá nhân		Trả bồi thu phí	
	Tai nạn	Bệnh lý	Mất tích	Tai nạn	Bệnh lý		Tai nạn	Bệnh lý	Tai nạn	Bệnh lý
Hồ sơ yêu cầu										
Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi Bảo hiểm	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Giấy chứng tử	+	+	+							
Giấy báo tử	+/-	+/-								
Giấy ra viện	+/-	+		+	+	+	+	+	+	+
Tóm tắt bệnh án/ kết quả xét nghiệm /X-Quang	+/-	+/-		+	+/-	+	+	+	+	+
Bảng kê chi tiết viện phí	+/-	+/-		+/-	+/-	+/-	+	+	+/-	+/-
Hoá đơn viện phí	+/-	+/-		+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Bản kết luận về vụ tai nạn, Biên bản/ sơ đồ hiện trường, Kết luận pháp y	+			+			+/-		+	
Tường trình về việc tử vong	+	+	+							
Quyết định tuyên bố tử vong của Toà án			+							
Bộ hợp đồng	+	+	+							
Hộ khẩu đã xoá tên	+/-	+/-	+/-							
Giấy tờ chứng minh nhân thân của Người thụ hưởng	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Giấy khai sinh người được bảo hiểm/ Người thụ hưởng (< 18t)	+	+	+							
Kết quả giám định y khoa				+/-	+/-	+			+	+
Biên bản phân chia di sản (không có Người thụ hưởng)	+	+	+							
Quyết định giám hộ hợp pháp (Người được bảo hiểm mất năng lực hành vi dân sự)				+	+	+	+	+		

Ghi chú: + : Bắt buộc; +/- : Nếu có



* C L M O 1 0 2 *