

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM



(DÀNH CHO BẢO HIỂM CÁ NHÂN)

Số hợp đồng bảo hiểm (vui lòng liệt kê tất cả hợp đồng liên quan)

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Là Bên mua bảo hiểm Người thụ hưởng
 Người được bảo hiểm Người thừa kế Mối quan hệ khác:

Họ và tên Ngày sinh/...../.....

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:..... Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Điện thoại: Email:

Địa chỉ liên lạc: Tỉnh/TP:

Tôi, Bên mua bảo hiểm đồng ý sử dụng số điện thoại, email và địa chỉ này cho mọi liên hệ của hợp đồng nêu trên, thay thế thông tin đã đăng ký trước đây với Công ty (nếu có thay đổi)

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

Họ và tên:..... Ngày sinh/...../.....

Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:..... Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Nghề nghiệp:..... Nơi làm việc:

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 Nha khoa Phẫu thuật

Chăm sóc đặc biệt Thương tật/bỏ do tai nạn Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Bệnh hiểm nghèo

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
.....
.....
.....

Thông tin tai nạn (Vui lòng cung cấp giấy tờ liên quan đến tai nạn)

Tai nạn xảy ra lúc.....giờ, ngày...../...../..... Tại..... Tỉnh/TP:

Mô tả tình huống tai nạn, diễn biến sau tai nạn và biện pháp sơ cứu:.....

.....

.....

Tình trạng thương tích hiện tại:.....

Tai nạn đã được báo cho Cơ quan chức năng, tên và địa chỉ cơ quan:.....

.....

III. THÔNG TIN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TẠI CÔNG TY KHÁC

Tên Công ty bảo hiểm	Số hợp đồng	Loại quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Chấp thuận chi trả
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

IV. 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:.....

Nhận tiền mặt bằng CMND/CCCD tại ngân hàng

Tên người nhận:.....
Số CMND/CCCD:..... Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:.....
Tên ngân hàng:..... Chi nhánh:
Phòng giao dịch:..... Địa chỉ:..... Tỉnh/TP:.....

Nhận tiền mặt tại Văn phòng Generali Việt Nam..... Tỉnh/TP:.....

(Áp dụng đối với khoản tiền thanh toán tối đa 20 triệu đồng)

Chuyển vào hợp đồng bảo hiểm

Số hợp đồng	Bên mua bảo hiểm	Số tiền chuyển	Đóng phí	Hoàn trả tạm ứng
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Xin Quý khách lưu ý:

- Nếu chọn nhận tiền mặt tại ngân hàng hoặc Văn phòng Generali Việt Nam, Quý khách vui lòng mang theo CMND/CCCD khi đến nhận tiền (CMND còn trong thời hạn 15 năm kể từ ngày cấp hoặc CCCD còn hạn sử dụng).
- Nếu chủ tài khoản/Người nhận tiền không phải là Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm theo qui định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm, Quý khách vui lòng nộp kèm Giấy ủy quyền hợp lệ.
- Để yêu cầu được giải quyết nhanh chóng, Quý khách vui lòng cung cấp toàn bộ chứng từ (nằm viện, khám/điều trị, tai nạn, ...), nếu có, liên quan đến sự kiện bảo hiểm.

V. 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 nhân viên Generali (Công ty).

VI. CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Tôi/Chúng tôi:

- 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.
- Cho phép và đồng ý ủy quyền cho bất kì 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.
- 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 và các thông tin khác của hợp đồng bảo hiểm.

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ và tên:
Ngày:...../...../.....

NGƯỜI LÀM CHỨNG

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ và tên: Mã số:.....
Ngày:...../...../.....