

# Giấy yêu cầu Giải quyết quyền lợi bảo hiểm

(Áp dụng đối với hồ sơ giải quyết 15 phút)

<b>I. NGƯỜI GẶP RỦI RO</b> (họ và tên):	<b>Yêu cầu GQQLBH theo (các) hợp đồng BHNT sau đây:</b> 1. 2.
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ - Ngày sinh: / / Số CMND/CCCD:	
Địa chỉ:	
Ghi chú khác về NGRR (nếu có):	

<b>II. THÔNG TIN VỀ RỦI RO:</b> xảy ra ngày: / / Nguyên nhân: <input type="checkbox"/> Tai nạn <input type="checkbox"/> Tự tử <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nguyên nhân khác	<input type="checkbox"/> Phẫu thuật <input type="checkbox"/> Nằm viện <b>Loại rủi ro:</b> <input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Thương tật vĩnh viễn <input type="checkbox"/> Bệnh nghiêm trọng, Bệnh hiểm nghèo
<b>Rủi ro xảy ra khi nào?:</b>	
<b>Rủi xảy ra ở đâu?:</b>	
<b>Cấp cứu và điều trị tại cơ sở y tế nào?:</b>	

<b>III. THANH TOÁN TIỀN MẶT TẠI TRỤ SỞ CÔNG TY</b>	
- Người nhận	- Điện thoại:
- Số giấy tờ tùy thân (CMND/CCCD/HC)	
Cấp ngày: / / tại:	

<b>IV. DANH MỤC TÀI LIỆU GỬI KÈM</b> (đánh dấu "x" các tài liệu đã nộp/nhận, ghi số lượng trang/bộ từng loại vào cột bên cạnh)		
<input type="checkbox"/> Bộ Hợp đồng bảo hiểm gốc	<input type="checkbox"/> Giấy ra viện / Thẻ ra viện	<input type="checkbox"/> Văn bản (phán quyết) của Tòa án
<input type="checkbox"/> Chứng tử / Trích lục khai tử	<input type="checkbox"/> Bệnh án (tóm tắt / bản sao)	<input type="checkbox"/> Kết luận điều tra của Công an
<input type="checkbox"/> Các Giấy ủy quyền / cam kết	<input type="checkbox"/> Phiếu mổ / Chứng nhận PT	<input type="checkbox"/> Biên bản điều tra/khám nghiệm khác
<input type="checkbox"/> Sổ hộ khẩu (bản sao)	<input type="checkbox"/> Bảng kê / Hóa đơn viện phí	<input type="checkbox"/> Tài liệu khác (ghi cụ thể):
<input type="checkbox"/> CMND/CCCD/GKS	<input type="checkbox"/> Kết quả khám / xét nghiệm	
<input type="checkbox"/> Thẻ BHYT (bản sao)	<input type="checkbox"/> Sổ khám bệnh / Sổ Y bạ	

### Cam kết và Ủy quyền:

- Tôi xin cam đoan những nội dung kê khai trong Giấy yêu cầu này là đầy đủ và đúng sự thật; đồng thời chịu trách nhiệm trước pháp luật về những thông tin đã cung cấp trong quá trình yêu cầu GQQLBH.
- Tôi ủy quyền cho Bảo Việt Nhân thọ /Người đại diện Bảo Việt Nhân thọ được thay tôi thực hiện thủ tục trưng cầu và nhận các thông tin về tiền sử sức khỏe hay quá trình điều trị của NGRR (theo Giấy yêu cầu này) từ các tổ chức, cá nhân có thông tin./

....., ngày ..... tháng ..... năm..... <b>Người yêu cầu GQQLBH</b> (ký, ghi rõ họ tên)	<b>PHẦN DÀNH CHO BẢO VIỆT NHÂN THỌ</b> <b>CB DVKH tiếp nhận hồ sơ</b> (ký, ghi rõ họ tên)
Họ và tên:..... Quan hệ với NGRR:..... Địa chỉ: .....	Thời gian nhận:.....giờ .....phút, ngày ...../...../.....
.....Số ĐT:.....	<b>(CB ghi chú:</b> NGRR <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không - tham gia SPBH con người của BHBV?

### \* Quý khách lưu ý:

- Cung cấp toàn bộ chứng từ y tế liên quan đến quá trình khám và điều trị (nếu có) của người gặp rủi ro;
- Việc Quý khách cung cấp hồ sơ trung thực và đầy đủ nhằm đảm bảo tuân thủ các quy định của pháp luật, đồng thời giúp cho công tác GQQLBH được nhanh chóng.