|  |  |
| --- | --- |
| **Giấy yêu cầu Giải quyết quyền lợi bảo hiểm** (GQQLBH) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **I. NGƯỜI GẶP RỦI RO** *(họ và tên)***:** | **Yêu cầu GQQLBH theo (các) hợp đồng BHNT sau đây:** |
| Giới tính: Nam/Nữ -Ngày sinh: / / Số CMND/CCCD: |
| Địa chỉ: | 1. |
|  | 2. |
| Nơi làm việc/học tập: | 3. |
| Nơi ĐK KCB ban đầu (BHYT): | 4. |
| Ghi chú khác về NGRR *(nếu có):* | 5. |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. THÔNG TIN VỀ RỦI RO: *xảy ra ngày***: / /  **Nguyên nhân:** Tai nạn Tự tử Bệnh lý  Nguyên nhân khác | Tử vong Phẫu thuật  Nằm viện  **Loại rủi ro**  Thương tật vĩnh viễn Bệnh lý nghiêm trọng  Bệnh hiểm nghèo giai đoạn cuối |
| Mô tả rủi ro xảy ra khi nào, ở đâu, cấp cứu/điều trị gì, tại cơ sở y tế nào? | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. THÔNG TIN THANH TOÁN** *(đánh dấu “x” để lựa chọn phương thức thanh toán)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nhận tiền tại Bảo Việt Nhân thọ |  | - Người nhận/chủ tài khoản: - Điện thoại: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Số giấy tờ tùy thân (CMND/HC) | | | | | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Nhận tiền tại  Ngân hàng |  | Cấp ngày : / / tại: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - Số Tài khoản: | | |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Chuyển khoản | - Tên ngân hàng: | | | | | | | - Chi nhánh | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | - Địa chỉ ngân hàng: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. DANH MỤC TÀI LIỆU GỬI KÈM** *(đánh dấu “x” các tài liệu đã nộp/nhận, ghi số lượng trang/bộ từng loại vào cột bên cạnh)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bộ Hợp đồng bảo hiểm gốc | | |  | Giấy ra viện / Thẻ ra viện | | | | | | | | | |  | | | Văn bản (phán quyết) của Tòa án | | | | | | | | | | |  |
| Chứng tử / Trích lục khai tử | | |  | Bệnh án (tóm tắt / bản sao) | | | | | | | | | |  | | | Kết luận điều tra của Công an | | | | | | | | | | |  |
| Các Giấy ủy quyền /cam kết | | |  | Phiếu mổ / Chứng nhận PT | | | | | | | | | |  | | | Biên bản điều tra/khám nghiệm khác | | | | | | | | | | |  |
| Sổ hộ khẩu (bản sao) | | |  | Bảng kê / Hóa đơn viện phí | | | | | | | | | |  | | | Tài liệu khác (ghi cụ thể): | | | | | | | | | | | |
| CMND/CCCD/GKS | | |  | Kết quả khám / xét nghiệm | | | | | | | | | |  | | |
| Thẻ BHYT (bản sao) | | | Sổ khám bệnh / Sổ Y bạ | | | | | | | | | |  | | |

***Tài liệu cần bổ sung thêm***: ……………………………………………………………………………………………………………………

*…*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

***Cam kết và Uỷ 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………..*  **Người yêu cầu GQQLBH** *(ký, ghi rõ họ tên)*  *Họ và tên:……..……………..….…………………………..*  *Quan hệ với NGRR…..……….…………...……………….*  *Địa chỉ: ……….……………………………………………..*  *………………………………………………………………..*  *……………………Số ĐT:…………………………………* | **PHẦN DÀNH CHO BẢO VIỆT NHÂN THỌ** | |
| **TVV/ CB nhận hồ sơ trực tiếp**  *(ký, ghi rõ họ tên)*  *Mã số TVV..…………….……………*  *Ngày nhận*: ………./……../…………. | **CB DVKH tiếp nhận hồ sơ**  *(ký, ghi rõ họ tên)*  *Ngày nhận*: ………./……../………. |
|  | |
| ***(CB ghi chú:*** NGRR Có / 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;
* Thời gian giải quyết trong vòng 30 ngày kể từ ngày Bảo Việt Nhân thọ nhận được hồ sơ đầy đủ và hợp lệ - trừ khi có thông báo khác;
* 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 (có thể sớm hơn thời hạn nêu trên).

**Phần dành cho cán bộ Bảo Việt Nhân thọ**

(G*hi nhận thông tin KH bổ sung, làm rõ thêm cho nội dung ở Trang 1 đối với các rủi ro liệt kê dưới đây*) **-** Mẫu số 02/CL/2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **THÔNG TIN VỀ RỦI RO:** ***Tử vong*** ***TTTBVV*** ***Bệnh hiểm nghèo*** ***Bệnh lý nghiêm trọng***  ***RR khác*** | | | | | | | |
| Ghi chú thêm về rủi ro: | | | | | Các HĐ liên quan (chưa kê ở trang 1) | | TGBH từ năm.. |
|  | | | | | 1. | |  |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
| 4. | |  |
| ***1.* Mô tả chi tiết** nhất có thể về thời gian, địa điểm, diển biến xảy ra rủi ro; người phát hiện/chứng kiến/tham gia sơ–cấp cứu/nơi cấp cứu (nếu có): | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Tên Cơ quan thụ lý hồ sơ*:* | | | | | | | |
| NGRR có được khám nghiệm tử thi? Có Không -> Kết luận: | | | | | | | |
| NGRR có được giải phẫu pháp y? Có Không -> Kết luận: | | | | | | | |
| Các khám nghiệm khác: | | | | | | | |
| ***2. Tiền sử sức khỏe/Quá trình phát hiện, khám và điều trị bệnh của NGRR:*** | | | | | | | |
| ***a. Lần đầu tiên người gặp rủi ro phát hiện bệnh là ngày / /*** | | | | | | | |
| - Triệu chứng bệnh: | | | | | | | |
| - Chẩn đoán: | | | | | | | |
| - Tại Bệnh viện/Cơ sở y tế: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ***b. Quá trình khám/điều trị bệnh tiếp theo*** | | | | | | | |
| Ngày/tháng/năm | Chẩn đoán / Điều trị | | Tại Bệnh viện/ Cơ sở y tế nào (tên, địa chỉ)? | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| ***3. Các thông tin khác:*** | | | | | | | |
| ***a. Các nghề nghiệp và nơi làm việc, cư trú của NGRR từ trước cho đến khi gặp rủi ro***  Hỏi và ghi rõ: từ năm .. đến năm .., tên Tổ chức/Công ty, Địa chỉ, Người liên hệ, Điện thoại… (nếu có) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| ***b. NGRR có tham gia bảo hiểm tại các Công ty Bảo hiểm khác không*** Có  Không | | | | | | | |
| Tên Công ty Bảo hiểm | | Ngày tham gia | | Số hợp đồng | | Số tiền bảo hiểm | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |

|  |
| --- |
| ***4. Ghi chú khác:*** |
|  |
|  |