

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: <input type="checkbox"/> Nam/ <input type="checkbox"/> Nữ - Ngày sinh: / / Số CMND/CCCD:	1.
Địa chỉ:	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: <input type="checkbox"/> Tai nạn <input type="checkbox"/> Tự tử <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Nguyên nhân khác	Loại rủi ro <input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Phẫu thuật <input type="checkbox"/> Nằm viện <input type="checkbox"/> Thương tật vĩnh viễn <input type="checkbox"/> Bệnh lý nghiêm trọng <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Nhận tiền tại Bảo Việt Nhân thọ	- Người nhận/chủ tài khoản: _____ - Điện thoại: _____
<input type="checkbox"/> Nhận tiền tại Ngân hàng	- Số giấy tờ tùy thân (CMND/HC) _____
	Cấp ngày : / / tại: _____
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	- Số Tài 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)		
<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	

Tài liệu cần bổ sung thêm:

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.
- Nếu thông tin về Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm có thay đổi so với thông tin đã đăng ký, Bên mua bảo hiểm đồng thời là Người yêu cầu GQQLBH đề nghị Bảo Việt Nhân thọ sử dụng thông tin kê khai tại Giấy yêu cầu này để thay thế.
- Tôi ủy quyền cho Bảo Việt Nhân thọ /Người đại diện Bảo Việt Nhân thọ 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 GQQLBH này) từ các tổ chức, cá nhân có thông tin./.

<p>....., ngày tháng năm.....</p> <p>Người yêu cầu GQQLBH (ký, ghi rõ họ tên)</p> <p>Họ và tên:.....</p> <p>Quan hệ với NGRR.....</p> <p>Địa chỉ:</p> <p>.....Số ĐT:.....</p>	PHẦN DÀNH CHO BẢO VIỆT NHÂN THỌ
	<div style="width: 45%;"> <p>TVV/ CB nhận hồ sơ trực tiếp (ký, ghi rõ họ tên)</p> <p>Mã số TVV.....</p> <p>Ngày nhận:/...../.....</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>CB DVKH tiếp nhận hồ sơ (ký, ghi rõ họ tên)</p> <p>Ngày nhận:/...../.....</p> </div>
	<p>(CB ghi chú: NGRR <input type="checkbox"/> Có / <input type="checkbox"/> Không - tham gia SPBH con người của BHBV?</p>

*** 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).