

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (GQQLBH)

I. NGƯỜI GẶP RỦI RO (NGRR)	Yêu cầu GQQLBH theo hợp đồng bảo hiểm nhân thọ dưới đây:
Họ và tên:	
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam/ <input type="checkbox"/> Nữ Ngày sinh: / /	
Số định danh cá nhân/Căn cước/Hộ chiếu...	
Địa chỉ:	
Số điện thoại:	
NGRR tham gia Bảo hiểm y tế: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Số Thẻ bảo hiểm y tế:	

II. THÔNG TIN VỀ RỦI RO			
Ngày xảy ra rủi ro: / /		Nguyên nhân: <input type="checkbox"/> Tai nạn <input type="checkbox"/> Bệnh lý	
Loại rủi ro	<input type="checkbox"/> Chi phí y tế	<input type="checkbox"/> Thương tật	<input type="checkbox"/> Tự tử <input type="checkbox"/> Khác
	<input type="checkbox"/> Bệnh nghiêm trọng/nạn y	<input type="checkbox"/> Tử vong	Loại sản phẩm <input type="checkbox"/> Bảo hiểm nhân thọ <input type="checkbox"/> Bảo hiểm sức khỏe
	<input type="checkbox"/> Bệnh hiểm nghèo giai đoạn cuối	<input type="checkbox"/> Khác	
Mô tả rủi ro (thời gian, địa điểm, diễn biến rủi ro, nơi cấp cứu/điều trị, chẩn đoán...?)			

Quý khách có yêu cầu GQQLBH đối với rủi ro này tại các Công ty bảo hiểm khác không?
 Có Không
Nếu câu trả lời là "Có", vui lòng kê khai thông tin tại ô bên dưới

Tên Công ty bảo hiểm:

Ngày yêu cầu GQQLBH:

Nếu yêu cầu GQQLBH theo sản phẩm Bảo hiểm sức khỏe, vui lòng cung cấp bổ sung thông tin:

Tên Công ty bảo hiểm đã GQQLBH:

Số tiền đã được chi trả:

Ngày chi trả:

III. DANH MỤC TÀI LIỆU GỬI KÈM: ghi rõ số lượng tờ tương ứng hình thức của tài liệu (chú thích: "G" là Bản gốc/Bản sao chứng thực, Bản sao từ sổ gốc, "P" là Bản photo hoặc hình thức khác)								
Hồ sơ y tế	Số tờ		Hồ sơ tai nạn	Số tờ		Tài liệu khác	Số tờ	
	G	P		G	P		G	P
Bệnh án/Tóm tắt bệnh án			Kết luận điều tra			Trích lục khai tử		
Giấy ra viện			KQ GQ nguồn tin về tội phạm			Hợp đồng bảo hiểm		
Chứng nhận phẫu thuật			Biên bản tai nạn			Giấy tờ tùy thân		
Bảng kê chi phí			Bản án/Quyết định của Tòa án			Văn bản ủy quyền		
Hóa đơn (viện phí, thuốc...)			Kết quả khám nghiệm			Giấy ủy quyền sao bệnh án		
Đơn thuốc			Bản tường trình tai nạn			Văn bản khai nhận di sản		
Khác:			Khác:			Khác:		

IV. THÔNG TIN THANH TOÁN (đánh dấu “x” để lựa chọn phương thức thanh toán)

<input type="checkbox"/> Chuyển khoản <input type="checkbox"/> Nhận tiền tại Ngân hàng	- Chủ tài khoản/Người nhận:															
	- Số tài khoản (nếu có):															
	- Tên ngân hàng:							- Chi nhánh:								
	- Số định danh cá nhân/Căn cước/Hộ chiếu:															
	- Ngày cấp:			/			/			- Nơi cấp:						
	- Số điện thoại:															

Cam kết và Ủy quyền:

- Tôi xin cam đoan những nội dung kê khai trong Giấy yêu cầu GQQLBH 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 đồng ý/ủy quyền cho Bảo Việt Nhân thọ/Người đại diện Bảo Việt Nhân thọ được thay tôi thực hiện thủ tục trung cầu và nhận các thông tin, tài liệu về tiền sử sức khỏe, y tế, quá trình điều trị... của NGRR (theo Giấy yêu cầu GQQLBH này) từ các tổ chức, cá nhân có thông tin.
- Tôi đồng ý để các bác sĩ, cơ sở khám bệnh/chữa bệnh, tổ chức, cá nhân khác được cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ/Người đại diện Bảo Việt Nhân thọ và/hoặc Bên thứ ba do Bảo Việt Nhân thọ chỉ định tất cả tài liệu, hồ sơ bệnh án và tất cả các thông tin sức khỏe, y tế khác có liên quan đến NGRR nhằm đảm bảo cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm.
- Tôi Xác nhận đồng ý về việc xử lý dữ liệu cá nhân theo văn bản gửi kèm và/hoặc bản Xác nhận đồng ý về việc xử lý dữ liệu cá nhân đã cung cấp cho Bảo Việt Nhân thọ trước đó.

Đề nghị khác:

- Tôi là **Bên mua bảo hiểm** (đồng thời là Người yêu cầu GQQLBH) đề nghị Bảo Việt Nhân thọ cập nhật thông tin của Tôi và Người được bảo hiểm theo kê khai tại Giấy yêu cầu GQQLBH này thay thế cho các thông tin hiện có tại Bảo Việt Nhân thọ. Tôi hiểu và đồng ý rằng các nội dung đề nghị thay đổi (nếu có) sẽ chỉ có hiệu lực nếu Hợp đồng đang có hiệu lực và được Bảo Việt Nhân thọ chấp thuận bằng văn bản.

PHẦN DÀNH CHO BẢO VIỆT NHÂN THỌ		
<p>....., ngày tháng năm.....</p> <p>Người yêu cầu GQQLBH</p> <p>(ký, ghi rõ họ tên)</p>	<p>TVV/CB nhận hồ sơ trực tiếp</p> <p>(ký, ghi rõ họ tên)</p>	<p>CB DVKH tiếp nhận hồ sơ</p> <p>(ký, ghi rõ họ tên)</p>
Họ và tên:.....	Mã số TVV:.....	Ngày nhận:...../...../.....
Quan hệ với NGRR:.....	Ngày nhận:...../...../.....	Ngày nhận:...../...../.....
Địa chỉ:	<u>CB DVKH ghi chú (nếu có):</u>	
Số điện thoại:.....		
Email:.....		

*** Quý khách lưu ý:**

- 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 và điều khoản sản phẩm, đồng thời giúp công tác GQQLBH được nhanh chóng.

Quét mã QR dưới đây để xem hướng dẫn về hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm

