

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

I. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG:

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (HĐBH) số:.....
Bên mua bảo hiểm ("BMBH"):
Ngày sinh:.....Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:.....
Người yêu cầu giải quyết QL BH (nếu khác BMBH):.....
Địa chỉ liên lạc:.....
Điện thoại:.....Email:.....

II. THÔNG TIN SỰ KIỆN BẢO HIỂM (SKBH):

1. Người được bảo hiểm (NĐBH):

Ngày sinh:.....Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:.....
Nghề nghiệp:.....Chức vụ:.....

2. Loại SKBH:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi nằm viện | <input type="checkbox"/> Quyền lợi phẫu thuật |
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn | <input type="checkbox"/> Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo |
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi Thương tật do tai nạn | <input type="checkbox"/> Quyền lợi Tử vong |
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi Khác:..... | |

3. Mô tả nguyên nhân, thời gian, địa điểm, diễn biến của SKBH và tình trạng thương tật của NĐBH:

a. Nguyên nhân do bệnh lý:

- Chẩn đoán bệnh:
- Mô tả chi tiết những triệu chứng, biểu hiện, dấu hiệu về tình trạng bệnh lý của NĐBH:.....
- Ngày đầu tiên xuất hiện những triệu chứng, biểu hiện, dấu hiệu nêu trên:
- Ngày đầu tiên NĐBH đi thực hiện những kiểm tra, xét nghiệm có liên quan để chẩn đoán về tình trạng bệnh lý
- Những loại kiểm tra, xét nghiệm đã thực hiện:
- Trong vòng 05 năm qua, NĐBH có thực hiện điều trị/chữa trị những bệnh lý nào khác không?.....
- Nếu có vui lòng mô tả chi tiết:.....

b. Nguyên nhân do tai nạn:

- Nêu nguyên nhân và mô tả diễn biến của sự việc:.....
- Thời điểm tai nạn: ngày: giờ..... phút.....
- Địa điểm tai nạn:.....
- Biên bản tai nạn và khám nghiệm có được lập không?.....
(nếu có vui lòng cung cấp bản gốc hoặc bản sao y có chứng thực)

c. Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn (TTTBVV):

- Nghề nghiệp trước khi Tử vong/TTTBVV:.....
- Đơn vị làm việc (Tên & Địa chỉ):.....
- Thời điểm tử vong: ngày giờ phút
- Địa điểm tử vong:.....

Ngày nhập viện

...../...../.....

Ngày ra viện

...../...../.....

Tên bệnh viện điều trị

.....



Thông tin những Công ty bảo hiểm khác đã/đang bảo hiểm cho NĐBH:	
Tên công ty bảo hiểm	(Các) Số hợp đồng

III. THÔNG TIN THANH TOÁN:

Chuyển đóng phí cho hợp đồng: Bên mua bảo hiểm:

Nhận tiền mặt tại Trung tâm DVKH MVI Life (Chỉ áp dụng trong trường hợp Chi trả nhanh tại quầy DVKH)
Địa chỉ:

Chuyển tiền vào tài khoản tại ngân hàng:
Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:
Tại ngân hàng: Chi nhánh:
Địa chỉ:

Nhận tiền mặt tại quầy ngân hàng:
 Theo căn cước công dân Theo chứng minh nhân dân Theo căn cước
 Tên người nhận: Số CCCD/CMND/CC:
 Ngày cấp: Nơi cấp:
 Tại ngân hàng: Chi nhánh:
 Địa chỉ:

IV. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi xin cam đoan rằng tất cả các thông tin trên đây là đúng sự thật và không có điều gì che giấu hoặc làm sai lệch. Tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về sự chính xác của những thông tin đã được kê khai.

Tôi đồng ý cho phép bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ, chứng từ, thông tin về NĐBH kể cả thông tin về HIV/AIDS được phép cung cấp cho Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ MVI (“MVI Life”) hay bất cứ Người đại diện nào của Công ty các thông tin mà Công ty hoặc Người đại diện của Công ty yêu cầu.

Tôi cam kết không có bất kỳ khiếu nại, khiếu kiện nào về việc các đơn vị, cá nhân nêu trên cung cấp hồ sơ, chứng từ, thông tin liên quan đến NĐBH cho MVI Life.

Tôi đồng ý rằng, bản photo của hồ sơ, văn bản, thông tin nêu trên có giá trị như bản gốc.

Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng MVI Life được thu thập, xử lý, chuyển giao các thông tin, dữ liệu cá nhân do tôi/chúng tôi cung cấp trong Phiếu yêu cầu này và các tài liệu liên quan kèm theo cho các hoạt động nhằm mục đích thực hiện yêu cầu của Bên mua bảo hiểm, giải quyết quyền lợi bảo hiểm, phục vụ Hợp đồng bảo hiểm hoặc các mục đích hợp pháp khác theo thoả thuận đã ký kết hoặc thông báo khác có liên quan.

Lưu ý về chữ ký

Tuổi NĐBH	Người ký tên		
< 7 tuổi	(i) BMBH/ Người yêu cầu		(ii) Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ hợp pháp của NĐBH
Từ 7 tuổi đến < 18 tuổi	(i) BMBH/ Người yêu cầu	(ii) NĐBH	(iii) Cha/Mẹ hoặc người giám hộ Hợp pháp của NĐBH
≥ 18 tuổi	(i) BMBH/ Người yêu cầu	(ii) NĐBH	

Liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi tử vong: (i) BMBH/ Người yêu cầu, và (ii) Đại diện hợp pháp của NĐBH sẽ ký tên (* Đại diện hợp pháp của NĐBH bao gồm: Vợ/chồng/con thành niên; hoặc Cha/mẹ (nếu không có vợ, chồng, con thành niên).

<p>.....ngàytháng.....năm.....</p> <p>Bên mua bảo hiểm/ Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (<i>Ký và ghi rõ họ tên</i>)</p>	<p>.....ngàytháng.....năm.....</p> <p>Người được bảo hiểm (<i>Ký và ghi rõ họ tên</i>)</p>
<p>.....ngàytháng.....năm.....</p> <p>Cha/ mẹ hoặc Người giám hộ của Người được bảo hiểm là trẻ em (<i>Ký và ghi rõ họ tên</i>)</p>	<p>.....ngàytháng.....năm.....</p> <p>Đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm (Trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi tử vong) (*) (<i>Ký và ghi rõ họ tên</i>)</p>
<p>Tư vấn viên (<i>Ký và ghi rõ họ tên</i>)</p> <p>Mã số tư vấn: Điện thoại liên hệ:</p>	