

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

I. THÔNG TIN CHUNG

1. Mã số Hợp đồng bảo hiểm:
2. Bên mua bảo hiểm:
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ liên lạc:
Số điện thoại: Email:
3. Người được bảo hiểm:
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:
Nghề nghiệp hiện tại:
Nơi làm việc/ học tập (Ghi rõ tên trường, lớp nếu là học sinh/ sinh viên):
.....
Số thẻ Bảo hiểm y tế:
Nơi đăng ký KCB ban đầu:
Địa chỉ liên lạc:
Số điện thoại: Email:
4. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (KHÔNG ĐIỀN nếu là Bên mua bảo hiểm):
Họ và tên:
Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ liên lạc:
Số điện thoại: Email:
Mối quan hệ với Người được bảo hiểm:
5. Đại lý tư vấn:
Mã đơn vị kinh doanh: Mã số:
Số điện thoại:

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM YÊU CẦU

- Nằm viện / phẫu thuật Thương tật
- Bệnh hiểm nghèo (bệnh nghiêm trọng) Thương tật toàn bộ vĩnh viễn
- Tử vong Miễn thu phí bảo hiểm
- Quyền lợi bảo hiểm khác:

III. THÔNG TIN SỰ KIỆN BẢO HIỂM (SKBH)

- Loại SKBH: Bệnh tật Tai Nạn Khác
- Ngày xảy ra SKBH:
- Mô tả SKBH (Địa điểm, nguyên nhân, quá trình xảy ra SKBH):
.....
.....
- Cơ sở y tế:
- Chẩn đoán:
- Ngày vào viện: Ngày ra viện:

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

IV. THÔNG TIN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TẠI CÔNG TY BẢO HIỂM KHÁC

Quý khách có nộp yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại Công ty bảo hiểm khác hay không?

Không Có, ghi rõ tên công ty:
Số hợp đồng:Số tiền bảo hiểm:

V. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN (Quý khách vui lòng tích chọn (X) vào một trong các phương thức sau)

Chuyển vào hợp đồng bảo hiểm sốđể đóng phí bảo hiểm hoàn trả khoản tạm ứng
 Chuyển vào tài khoản số:
Tên chủ tài khoản:
Tại ngân hàng:
Chi nhánh/ Phòng Giao dịch:
 Nhận tiền mặt bằng số CMND/ CCCD:
Người nhận tiền: CMND/ CCCD số:.....
Ngày cấp:..... Cơ quan cấp:
Tại ngân hàng:
Chi nhánh/Phòng Giao dịch:

VII. THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC

Vui lòng lựa chọn **CÓ** nếu Khách hàng (Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm) là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ, hoặc có một trong các chỉ dấu sau:

- (1). Số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ (bao gồm thẻ xanh);
- (2). Mã số thuế tại Hoa Kỳ;
- (3). Nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ cư trú, địa chỉ thư tín tại Hoa Kỳ;
- (4). Thường xuyên yêu cầu chuyển tiền đến tài khoản thuộc ngân hàng trong lãnh thổ Hoa Kỳ;
- (5). Ủy quyền cho cá nhân có địa chỉ tại Hoa Kỳ hoặc địa chỉ nhờ chuyển thư hoặc nhận thư tại Hoa Kỳ;

Không Có, Khách hàng vui lòng bổ sung thêm bản kê khai theo đạo luật FATCA

Xin vui lòng lưu ý trong trường hợp Khách hàng có phát sinh bất kỳ thay đổi nhân thân nào liên quan tới đạo luật FATCA, cần thông báo ngay cho Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Fubon Việt Nam (“Công ty”) trong thời hạn 30 ngày kể từ ngày có sự thay đổi. Ngoài ra, Khách hàng đồng ý để Công ty cung cấp thông tin của Khách hàng cho Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ nhằm phù hợp với các quy định của đạo luật này. Các thông tin được cung cấp sẽ bao gồm các thông tin liên quan tới hợp đồng bảo hiểm của Khách hàng.

VIII. CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Tôi cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin do mình cung cấp.

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Họ và tên:

....., ngày:/...../.....

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

GIẤY ỦY QUYỀN

Tên tôi là: Ngày sinh:

Số CCCD/ Hộ chiếu: Cấp ngày: Cơ quan cấp:

Địa chỉ thường trú:

Tôi là Người được bảo hiểm

Tôi là của Người được bảo hiểm

theo Hợp đồng bảo hiểm tại Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân Thọ Fubon Việt Nam (dưới đây gọi là Fubon Life) với thông tin chi tiết như sau:

Số hợp đồng bảo hiểm:

Người được bảo hiểm: Ngày sinh: Số CCCD/Hộ chiếu:

Bên mua bảo hiểm: Ngày sinh: Số CCCD/Hộ chiếu:

Bằng văn bản này, Tôi đồng ý và ủy quyền cho Fubon Life hoặc cá nhân, tổ chức do Fubon Life chỉ định hoặc ủy quyền được phép nhân danh Tôi thực hiện các công việc dưới đây:

- Liên hệ, tiếp xúc, trao đổi với tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh (bệnh viện, phòng khám, trung tâm y tế, ...), bác sĩ, điều dưỡng hay tất cả các cá nhân, cơ quan, tổ chức có liên quan để tìm hiểu về bệnh sử, quá trình khám, điều trị (kể cả HIV/AIDS) và sự kiện tai nạn/ tử vong của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm (nếu đã tử vong) nêu trên;*
- Ký và nhận tất cả biên bản làm việc, hồ sơ, bệnh án, phác đồ điều trị, tài liệu tư vấn y tế, toa thuốc và tất cả các văn bản, tài liệu khác có liên quan đến quá trình khám, điều trị bệnh (kể cả HIV/AIDS) hoặc sự kiện tai nạn/ tử vong của Người được bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm (nếu đã tử vong).*

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc ủy quyền này và cam đoan không có bất kỳ khiếu nại, khiếu kiện gì đối với tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh, các bác sĩ, điều dưỡng, các cá nhân và tổ chức có liên quan khác đã cung cấp thông tin, tài liệu thuộc phạm vi nêu trên cho Fubon Life.

Giấy ủy quyền này có hiệu lực kể từ ngày ký và sẽ chấm dứt hiệu lực khi Fubon Life hoàn tất thủ tục giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm nêu trên.

Bản sao có chứng thực của Giấy ủy quyền này sẽ có giá trị như bản gốc.

Lời chứng của cơ quan/người có thẩm quyền chứng thực chữ ký

....., ngày tháng năm

Người ủy quyền

(Ký và ghi rõ họ tên)

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Lưu ý:

- 1. Cơ quan/Người có thẩm quyền chứng thực chữ ký gồm UBND cấp xã hoặc Phòng tư pháp cấp huyện hoặc Công chứng viên thuộc tổ chức hành nghề công chứng.*
- 2. Đối với Quyền lợi bảo hiểm tử vong/thương tật toàn bộ vĩnh viễn: Người ủy quyền là Bên mua bảo hiểm hoặc Người đại diện/Người giám hộ của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm chưa đủ 15 tuổi hoặc mất năng lực hành vi dân sự) hoặc Người thụ hưởng (trừ trường hợp Người thụ hưởng không có quan hệ huyết thống hoặc quan hệ hôn nhân hoặc quan hệ nuôi dưỡng với Người được bảo hiểm).*
- 3. Đối với các quyền lợi bảo hiểm khác: Người ủy quyền là Người được bảo hiểm hoặc Người đại diện/Người giám hộ của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm chưa đủ 15 tuổi hoặc mất năng lực hành vi dân sự).*