V2.07/2020

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Kính gửi: Công ty TNHH Bảo hiểm FWD Việt Nam

1. Thông tin Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

Họ và tên: ..... Quan hệ với Người được bảo hiểm: .....

Số CMND/Hộ chiếu: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Địa chỉ liên lạc .....

.....

Điện thoại liên hệ: Nhà riêng: ..... Di động: ..... Email: .....

2. Thông tin Hợp đồng bảo hiểm:

Số hợp đồng: ..... Ngày hiệu lực: ..... Số tiền bảo hiểm: ..... VNĐ

Bên mua bảo hiểm

Họ và tên: ..... Ngày sinh: .....

Số CMND/Hộ chiếu: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Địa chỉ liên lạc .....

Người được bảo hiểm (chỉ điền trong trường hợp không phải Bên mua bảo hiểm)

Họ và tên: ..... Ngày sinh: .....

Số CMND/Hộ chiếu/GKS: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Người được chăm sóc sức khỏe (chỉ điền đối với Yêu cầu giải quyết Quyền lợi chăm sóc sức khỏe và không phải Người được bảo hiểm)

Họ và tên: ..... Ngày sinh: .....

Số CMND/Hộ chiếu/GKS: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

3. Thông tin Sự kiện bảo hiểm:

Sự kiện: ☐ Tử vong ☐ Thương tật toàn bộ vĩnh viễn

☐ Bệnh hiểm nghèo ☐ QL Chăm sóc sức khỏe ☐ Khác: .....

Nguyên nhân: ☐ Bệnh ☐ Tai nạn ☐ Khác: .....

Thời điểm tử vong/ TTTBVV vào hồi ... giờ ..... phút ngày .....

Địa điểm tử vong/TTTBVV .....

Mô tả nguyên nhân, diễn biến tử vong/ TTTBVV .....

.....

Bộ phận cơ thể bị mất/bị liệt/không thể hội phục được (trường hợp TTTBVV) .....

.....

Nơi khai tử (trường hợp tử vong) ……

……

Người được bảo hiểm bị tử vong/TTTBVV do tai nạn, vui lòng cung cấp thêm:

Thời điểm tai nạn vào hồi … giờ …… phút ngày ……

Nơi xảy ra tai nạn ……

Mô tả nguyên nhân tai nạn ……

……

……

Trường hợp Người được bảo hiểm bị bệnh hiểm nghèo:

Chẩn đoán bệnh: ……

Thời điểm chẩn đoán xác định bệnh sau cùng: ……

Tên, địa chỉ của Bệnh viện/Cơ sở y tế chẩn đoán: ……

……

Trường hợp điều trị y tế:

Loại điều trị	Tên Bệnh viện/ Khoa điều trị	Từ ngày	Đến ngày	Chi phí khám/điều trị

4. Thông tin nhận quyền lợi bảo hiểm:

4.1 Người nhận quyền lợi bảo hiểm (chỉ điền trong trường hợp không phải Người yêu cầu GQQLBH)

Họ và tên: …… Số CMND/Hộ chiếu ……

Địa chỉ liên lạc……

…… Điện thoại ……

Với tư cách là:

☐ Người thụ hưởng ☐ Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

☐ Người được ủy quyền (vui lòng gửi Giấy ủy quyền về việc nhận QLBH có xác nhận của chính quyền địa phương)

☐ Người giám hộ hợp pháp của Người thụ hưởng (trong trường hợp Người thụ hưởng chưa có đủ năng lực hành vi dân sự)

☐ Khác: ……

4.2 Thông tin tài khoản nhận Quyền lợi bảo hiểm:

Tên chủ tài khoản …… Số tài khoản ……

Ngân hàng …… Chi nhánh ……

Địa chỉ ……

5. **Ngoài yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm với FWD Việt Nam, Ông/Bà còn có yêu cầu nào với các Công ty bảo hiểm, đơn vị hoặc cá nhân khác hay không? Nếu có, xin cho biết tên Công ty bảo hiểm, đơn vị hay cá nhân đó.** (*nếu không có thông tin, xin vui lòng ghi KHÔNG)*……..

Tên Công ty	Số tiền bảo hiểm (VNĐ)	Địa chỉ	Số ĐT

6. Tài liệu kèm theo

Có	Danh sách tài liệu kèm theo
O	Hợp đồng bảo hiểm (Giấy chứng nhận bảo hiểm, Giấy yêu cầu bảo hiểm, giấy tờ liên quan khác)
O	Bằng chứng về quyền được nhận quyền lợi bảo hiểm (Giấy ủy quyền, di chúc hoặc giấy tờ xác nhận hợp pháp khác)
O	Bản gốc/Bản sao (có chứng thực) CMND của Người được bảo hiểm
O	Bản gốc/Bản sao (có chứng thực) Giấy chứng tử (trường hợp tử vong)
O	Bản gốc/Bản sao (có chứng thực) Giấy xác nhận của cơ quan y tế có thẩm quyền về tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm (trường hợp bị thương tật toàn bộ vĩnh viễn)
O	Hồ sơ y tế (Bản sao bệnh án, giấy ra viện, sổ khám bệnh, kết quả xét nghiêm, giấy tờ y tế khác)
O	Biên bản tai nạn (Biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản khám nghiệm phương tiện, biên bản khám nghiệm tử thi, sơ đồ vụ tai nạn)
O	Kết luận điều tra của cơ quan có thẩm quyền về sự kiện tai nạn *(trong trường hợp tai nạn)*
O	Chứng từ kế toán (Hóa đơn GTGT, phiếu thu, chứng từ kế toán khác)

Các tài liệu khác kèm theo ……

……

……

……

7. Cam kết:

- Tôi xin cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây do tôi viết ra là đúng sự thật và tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về sự chính xác của những thông tin trên.
- Tôi đồng ý cho phép bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ (thông tin) về Người được bảo hiểm được phép cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm FWD Việt Nam hay bất cứ Người đại diện nào của Công ty thông tin mà Công ty yêu cầu.

- Điều khoản cung cấp thông tin theo yêu cầu của đạo luật thuế đối với chủ tài khoản ở nước ngoài (gọi tắt là: "Đạo luật FATCA") của Hoa kỳ:

  (Vui lòng đánh dấu "x" vào lựa chọn tương ứng)

  Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi là Bên mua bảo hiểm và/hoặc (những) Người thụ hưởng được chỉ định nêu trên: ☐ Không ☐ Có

  - có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ; hoặc
  - có một trong các chỉ dấu sau: (i) hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ hoặc (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ hoặc (iii) số điện thoại, địa chỉ Hoa Kỳ hoặc các giấy tờ liên quan tới việc cư trú tại Hoa Kỳ.

  Lưu ý: Nếu Quý khách đánh dấu "x" vào ô Có, Quý khách vui lòng bổ sung tờ khai W9 hoặc W8BEN/ W8BEN-E cho từng cá nhân và nộp kèm theo hồ sơ bổ sung phù hợp với nội dung kê khai trên tờ khai.

  Trong trường hợp Tôi/Chúng tôi thuộc đối tượng chịu thuế được quy định bởi Đạo luật FATCA, Tôi/Chúng tôi đồng ý cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin sau đây cho Công ty TNHH Bảo Hiểm FWD Việtnam ("Công ty"): Họ và tên; Số hộ chiếu hoặc giấy tờ chứng minh Tôi/Chúng tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ; Mã số thuế tại Hoa Kỳ; Nơi sinh, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ; Địa chỉ liên lạc, địa chỉ hộp thư tại Hoa Kỳ; và Công ty được phép cung cấp các thông tin nói trên và các thông tin khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho các cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam, cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ..

  ……..Ngày…….. tháng ……..năm……..

  Người yêu cầu

  (ký và ghi rõ họ tên)

Xin lưu ý:

- *Không sử dụng mẫu này cho các sản phẩm Bảo An Tín Dụng & Bảo An Gia cho cán bộ, nhân viên VCB.*
- *Đối với Yêu cầu giải quyết quyền lợi chăm sóc sức khỏe: Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm phải là Bên mua bảo hiểm. Yêu cầu nộp kèm Bản sao Chứng minh nhân dân/ Căn cước công dân/ Hộ chiếu của Bên mua bảo hiểm.*
- *Mọi thắc mắc xin vui long liên hệ Phòng Nghiệp vụ theo số điện thoại: 024-2974 99 88/ email: op-admin@fwd.com*