GENERALI

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(DÀNH CHO BẢO HIỂM NHÓM)

Số thẻ bảo hiểm: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Số hồ sơ: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Bên mua bảo hiểm (Tên Tổ chức): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Là ☐ Bên mua bảo hiểm ☐ Người thân của nhân viên Tổ chức
☐ Thành viên được bảo hiểm ☐ Người thừa kế ☐ Mối quan hệ khác: .....

Họ và tên (Viết IN HOA): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ngày sinh: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Điện thoại: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Email: .....

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (của quyền lợi bảo hiểm được giải quyết theo yêu cầu này)

Họ và tên (Viết IN HOA): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Ngày sinh: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

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

Điện thoại: ..... Email: .....

Địa chỉ liên lạc: ..... Tỉnh/TP: .....

II. THÔNG TIN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

1. Quyền lợi bảo hiểm yêu cầu:

☐ Nội trú ☐ Ngoại trú ☐ Nha khoa ☐ Thai sản ☐ Khám sức khỏe tổng quát ☐ Hỗ trợ thu nhập

Thông tin quá trình khám và điều trị *(Vui lòng cung cấp giấy tờ liên quan đến từng quyền lợi)*

Nơi điều trị	Ngày khám/nhập viện	Ngày ra viện	Chẩn đoán
……..	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	.....
……..	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	.....
……..	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	.....

Số tiền yêu cầu bồi thường: ……..VND

2. Quyền lợi bảo hiểm khác:

☐ Thương tật toàn bộ vĩnh viễn ☐ Tử vong

Ngày xảy ra sự kiện: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Nguyên nhân: ☐ Bệnh *(Vui lòng cung cấp các giấy tờ y tế liên quan)* ☐ Tai nạn *(Vui lòng cung cấp các giấy tờ liên quan tai nạn)*

Chẩn đoán: .....

Địa chỉ gởi thư: Phòng giải quyết quyền lợi bảo hiểm - Tòa nhà Generali Plaza, số 43-45 Tú Xương, Phường Võ Thị Sáu, Quận 3, TP. Hồ Chí Minh

III. THÔNG TIN THANH TOÁN

☐ **Chuyển vào tài khoản ngân hàng**

Tên chủ tài khoản: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(Viết IN HOA)

Số tài khoản: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tên ngân hàng: ☐ Ngoại thương (Vietcombank) ☐ Công thương (Vietinbank)
☐ Đầu tư và Phát triển (BIDV) ☐ Ngân hàng khác (ghi rõ tên) .....

Chi nhánh:..... Phòng giao dịch: ..... Tỉnh/TP: .....

Chứng từ đính kèm (*vui lòng đánh dấu (x) vào các chứng từ Quý khách cung cấp*)

☐ Giấy ra viện ☐ Hóa đơn ☐ Trích lục khải tử
☐ Giấy chứng nhận phẫu thuật ☐ Biên lai thu tiền/Phiếu thu ☐ Tường trình tai nạn
☐ Đơn thuốc/sổ khám ☐ Bảng kê chi tiết ☐ Chỉ định/xác nhận nghỉ ốm
☐ Kết quả xét nghiệm/chẩn đoán hình ảnh ☐ Chỉ định cận lâm sàng
☐ Các chứng từ khác: ……

……

IV. CAM KẾT LIÊN QUAN ĐẾN LUẬT TUÂN THỦ THUẾ ĐỐI VỚI CÁC TÀI KHOẢN Ở NƯỚC NGOÀI CỦA HOA KỲ (FATCA)

Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới (nếu có):

Tôi/Chúng tôi là công dân hoặc cư trú dài hạn hợp pháp tại Hoa Kỳ ☐

Tôi/Chúng tôi có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ bao gồm nơi sinh tại Hoa Kỳ và/hoặc địa chỉ tại Hoa Kỳ và/hoặc số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ ☐

Tôi/Chúng tôi có thực hiện nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ ☐

Trong trường hợp Người nhận quyền lợi bảo hiểm là công dân/tổ chức Hoa Kỳ hoặc người có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ có nghĩa vụ kê khai thuế theo Luật Tuân thủ thuế đối với các tài khoản ở nước ngoài của Hoa Kỳ (FATCA), vui lòng nộp kèm tờ khai W9/W8 tương ứng theo hướng dẫn của nhân viên Generali (Công ty).

V. CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Tôi/Chúng tôi:

(a) Cam kết rằng những thông tin cung cấp tại Phiếu yêu cầu này và hồ sơ kèm theo là đầy đủ, chính xác, và sẵn sàng cung cấp thêm các chứng từ khác cho việc thẩm định khi Công ty yêu cầu.

(b) Cho phép và đồng ý ủy quyền cho bất kì tổ chức, công ty hay cá nhân nào có hiểu biết về nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh sử, sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm cung cấp cho Công ty hay người đại diện của Công ty bất cứ thông tin nào Công ty yêu cầu.

(c) Đồng ý cho Công ty sử dụng địa chỉ liên lạc, số điện thoại, email của Tôi/Chúng tôi để cung cấp các thông tin liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và các thông tin khác của hợp đồng bảo hiểm.

(d) Cam kết hoàn trả cho Công ty các khoản thanh toán vượt hạn mức hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm đã được Công ty chi trả trước đó, hoặc đã được thanh toán do tôi/chúng tôi vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin

VI. XÁC NHẬN VỀ XỬ LÝ DỮ LIỆU CÁ NHÂN

Tôi/Chúng tôi đã đọc và đồng ý với toàn bộ nội dung của Chính sách xử lý dữ liệu cá nhân của Generali Việt Nam (*) (bao gồm nhưng không giới hạn ở các nội dung về loại dữ liệu cá nhân, mục đích xử lý dữ liệu cá nhân, tổ chức, cá nhân được xử lý dữ liệu cá nhân, các quyền, nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu, cách thức xử lý, thời gian xử lý,…)

(*) Quét mã QR để xem và tải Chính sách xử lý dữ liệu cá nhân của Generali Việt Nam:

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM *(Ký và ghi rõ họ tên)*	**XÁC NHẬN CỦA TỔ CHỨC** *(Ký và ghi rõ họ tên và đóng dấu mộc của tổ chức)*
Họ và tên: …… Ngày:……..…/……..…../……..	Họ và tên: …… Ngày:……..…/……..…../……..
	(Chỉ áp dụng đối với hồ sơ tử kỳ)