



PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(DÀNH CHO BẢO HIỂM CÁ NHÂN)

Số hợp đồng bảo hiểm:

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Là Bên mua bảo hiểm Người thụ hưởng
 Người được bảo hiểm Người thừa kế Mọi quan hệ khác:

Họ và tên (Viết IN HOA):

Ngày sinh: / / Điện thoại (*):

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

Email (*):

(* *Bên mua bảo hiểm/Người yêu cầu QLBH vui lòng cập nhật số điện thoại và địa chỉ email chính xác để đảm bảo nhận được đầy đủ thông báo của Generali*)

Địa chỉ liên lạc: Tỉnh/TP:

Tôi, Bên mua bảo hiểm đồng ý sử dụng số điện thoại, email và địa chỉ này cho mọi liên hệ của hợp đồng nêu trên, thay thế thông tin đã đăng ký trước đây với Generali (nếu có thay đổi)

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:.....

Nghề nghiệp:..... Nơi làm việc:.....

Địa chỉ liên lạc: Tỉnh/TP:

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

1. Quyền lợi bảo hiểm hỗ trợ viện phí:

Nội trú Ngoại trú Phẫu thuật Nha khoa Thai sản Chăm sóc đặc biệt Khám sức khỏe tổng quát
 Cấp cứu do tai nạn (Tai nạn xảy ra lúc.....giờ, ngày...../...../..... Tại.....)

Thông tin quá trình khám và điều trị (Vui lòng cung cấp giấy tờ y tế liên quan)

Nơi điều trị	Ngày khám/nhập viện	Ngày ra viện	Chẩn đoán
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

2. Quyền lợi bảo hiểm khác:

Bệnh hiểm nghèo Thương tật/bỏng do tai nạn 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:

Xin Quý khách lưu ý:

- Để yêu cầu được giải quyết nhanh chóng, Quý khách vui lòng cung cấp toàn bộ chứng từ (nằm viện, khám/điều trị, tai nạn, ...) nếu có, liên quan đến sự kiện bảo hiểm.

III. THÔNG TIN THANH TOÁN

Chuyển vào tài khoản ngân hàng

Tên chủ tài khoản:

Số tài khoản:

Tên ngân hàng: Ngoại thương (Vietcombank) Nông Nghiệp và Phát triển Nông Thôn (Agribank)
 Đầu tư và Phát triển (BIDV) Ngân hàng khác (ghi rõ tên)

Chi nhánh: Phòng giao dịch: Tỉnh/TP:

Chuyển vào hợp đồng bảo hiểm

Số hợp đồng	Bên mua bảo hiểm	Số tiền chuyển	Đóng phí	Hoàn trả tạm ứng
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Xin Quý khách lưu ý:

- Nếu chủ tài khoản/Người nhận tiền không phải là Người có quyền nhận quyền lợi bảo hiểm theo qui định tại Quy tắc và Điều khoản sản phẩm bảo hiểm, Quý khách vui lòng nộp kèm Giấy ủy quyền hợp lệ.

(Lưu ý: Người được ủy quyền nhận tiền phải có mối quan hệ trực hệ với Người được nhận quyền lợi bảo hiểm: cha, mẹ, vợ, chồng, con ruột, anh/chị/em ruột).

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:

- Cam kết tất cả các thông tin, chứng từ, tài liệu cung cấp cho Generali là trung thực, đầy đủ và chính xác.
- Cho phép Generali tìm hiểu, thu thập, xử lý các thông tin cá nhân (bao gồm cả thông tin về sức khỏe, điều trị y tế) của Người được bảo hiểm nhằm phục vụ cho việc bảo hiểm hoặc giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Đồng ý hoàn trả cho Generali quyền lợi đã được chi trả, nếu thông tin, chứng từ, tài liệu được cung cấp cho Generali là không trung thực, không đầy đủ hoặc không chính xác.
- Đồng ý cho Generali gửi thông báo, trao đổi về các vấn đề của hợp đồng bảo hiểm đến địa chỉ liên lạc, số điện thoại hoặc email của Tôi/Chúng tôi.

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ và tên:
Ngày:/...../.....

NGƯỜI LÀM CHỨNG

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ và tên:Mã số:
Ngày:/...../.....