



# 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: .....

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 Công ty (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"/>	.....

### 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)<sup>(\*)</sup>  
 Đầu tư và Phát triển (BIDV)  Ngân hàng khác (ghi rõ tên) .....

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

#### Nhận tiền mặt bằng CMND/CCCD tại ngân hàng

Tên người nhận tiền:

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

Tên ngân hàng:  Ngoại thương (Vietcombank)  Nông Nghiệp và Phát triển Nông Thôn (Agribank)<sup>(\*)</sup>  
 Đầu tư và Phát triển (BIDV)  Ngân hàng khác (ghi rõ tên) .....

Chi nhánh.....Phòng giao dịch: .....

Địa chỉ: ..... 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="text"/>	.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Xin Quý khách lưu ý:

- Nếu chọn nhận tiền mặt tại ngân hàng, Quý khách vui lòng mang theo CMND/CCCD khi đến nhận tiền (CMND còn trong thời hạn 15 năm kể từ ngày cấp hoặc CCCD còn hạn sử dụng).
- 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).
- (\*) Nếu Quý khách chọn chuyển khoản hoặc nhận tiền mặt qua Ngân hàng Nông nghiệp và Phát triển Nông thôn (Agribank), vui lòng điền đầy đủ, chính xác thông tin Chi nhánh, Phòng giao dịch, địa chỉ Ngân hàng để tiền không bị trả về lại công ty.

### 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 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.
- Cho phép và đồng ý ủy quyền cho bất kỳ 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.
- 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.

**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:...../...../.....