



(DÀNH CHO HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM CÁ NHÂN)

--	--	--	--	--	--	--	--



1. Quyền lợi bảo hiểm yêu cầu:

- ☐ Nội trú ☐ Ngoại trú ☐ Nha khoa ☐ Thai sản ☐ Khám sức khỏe tổng quát
- ☐ Cấp cứu do tai nạn (Tai nạn xảy ra lúc.....giờ, ngày...../...../.....Tại.....)
- ☐ Quyền lợi khác

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
.....	/ /	/ /	
.....	/ /	/ /	
	/ /	/ /	

Số tiền yêu cầu chi trả: VND

2. Quyền lợi bảo hiểm khác:

- ☐
- Bệnh hiểm nghèo
- ☐
- Thương tật/bỏnng 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

Theo quy định pháp luật, Người nhận quyền lợi bảo hiểm vui lòng cung cấp:

Nghề nghiệp: Mã số thuế: Thẻ căn cước/CCCD/Hộ chiếu: Quốc gia cư trú thuế:

- ☐ Chuyển vào tài khoản ngân hàng

Tên chủ tài khoản :

(Viết IN HOA)

[illegible]

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

Xin Quý khách lưu ý:

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

IV. KHAI BÁO THÔNG TIN LÀ CÔNG CHỨC, VIÊN CHỨC CHÍNH PHỦ/ LÀM VIỆC TẠI CƠ QUAN NHÀ NƯỚC

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

- ☐ Tôi hoặc người thân của tôi (*) là công chức, viên chức Chính phủ hoặc đang làm việc tại làm việc tại cơ quan nhà nước.

(*) Người thân bao gồm cha, mẹ, vợ, chồng, con, vợ/ chồng của con, anh/chị/em ruột của người khai báo thông tin.

Trong trường hợp có đánh dấu ô nói trên, vui lòng kê khai thông tin trên mẫu Tờ khai thông tin bổ sung (Dành cho khách hàng có khai báo thông tin làm việc tại cơ quan nhà nước) theo hướng dẫn của Generali Việt Nam.

V. 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 Việt Nam.

VI. 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 Generali Việt Nam yêu cầu.
- Cho phép và đồng ý ủy quyền cho Generali Việt Nam và đại diện của Generali Việt Nam được quyền nhân danh và thay mặt Tôi/Chúng tôi liên hệ, trao đổi với các cơ sở khám, chữa bệnh, bác sĩ, nhân viên y tế, cơ quan bảo hiểm xã hội, doanh nghiệp bảo hiểm khác và/hoặc các cá nhân, cơ quan, tổ chức khác để tìm hiểu và thu thập (bao gồm việc đọc, xem, sao chụp, ghi chép, nhận, và xử lý) các thông tin, tài liệu về: (i) tình trạng sức khỏe; toàn bộ hồ sơ liên quan đến quá trình và lịch sử khám, chữa bệnh, điều trị bệnh (kể cả bệnh HIV/AIDS) của Người được bảo hiểm hoặc có liên quan đến Người được bảo hiểm; (ii) thương tật, tai nạn, sự kiện bảo hiểm của Người được bảo hiểm; việc tham gia bảo hiểm và giải quyết quyền lợi bảo hiểm của Người được bảo hiểm và các thông tin, tài liệu khác liên quan đến (các) hợp đồng bảo hiểm mà Người được bảo hiểm đã từng hoặc đang tham gia.
- Cam kết hoàn trả cho Generali Việt Nam các khoản thanh toán vượt hạn mức hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm đã được Generali Việt Nam chi trả trước đó, hoặc đã được thanh toán do tôi/chúng tôi vi phạm nghĩa vụ cung cấp thông tin dẫn đến Generali Việt Nam ra quyết định thu hồi quyền lợi bảo hiểm đã chi trả.
- Đồng ý cho Generali Việt Nam 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.

**VII. XÁC NHẬN VỀ XỬ LÝ DỮ LIỆU CÁ NHÂN**

Tôi/Chúng tôi đồng ý với nội dung của Chính sách xử lý dữ liệu cá nhân của Generali Việt Nam (*) bao gồm cả đồng ý:

(i) Mục đích xử lý cần thiết: để Generali Việt Nam giao kết và thực hiện hợp đồng bảo hiểm với Tôi/Chúng tôi; thực hiện nghĩa vụ theo quy định pháp luật và theo yêu cầu của cơ quan nhà nước có thẩm quyền ;

(ii) Mục đích xử lý tùy chọn: để Generali Việt Nam quảng cáo, giới thiệu sản phẩm, hàng hóa, dịch vụ và hoạt động có tính chất thương mại khác đến Tôi/ Chúng tôi.

Trường hợp không đồng ý với Mục đích xử lý tùy chọn, Tôi/Chúng tôi xác nhận ở ô này: ☐ Không đồng ý Mục đích xử lý tùy chọn.

(*) 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)

Họ và tên:

Ngày:...../...../.....

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ và tên:

Ngày:...../...../.....