

Số hợp đồng bảo hiểm (Vui lòng liệt kê tất cả các hợp đồng có liên quan)

I. THÔNG TIN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (của sản phẩm bảo hiểm chăm sóc sức khỏe)

Họ và tên Tên gọi khác (nếu có) Ngày sinh:/...../..... Nam Nữ

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

(Các) quốc tịch: Điện thoại: Email:

Chỗ ở hiện nay: Tỉnh/TP:

Địa chỉ thường trú (vui lòng ghi rõ nếu khác địa chỉ trên) Tỉnh/TP:

Nghề nghiệp/công việc/chức vụ (vui lòng mô tả chi tiết):

Cơ quan/tổ chức (nơi làm việc/học tập):

Địa chỉ Cơ quan/tổ chức Điện thoại:

Đã xin nghỉ việc/ngỉ học luôn vì lý do sức khỏe Không Có Ngày làm việc/đi học sau cùng/...../.....

Bảo hiểm y tế (BHYT) Không Có (vui lòng gửi kèm bản sao thẻ) Nơi đăng ký:
Số thẻ BHYT Thời hạn từ/...../..... đến/...../.....

II. THÔNG TIN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (Quý khách vui lòng đánh dấu (X) vào ô thích hợp và cung cấp thông tin chi tiết)

Quyền lợi nội trú đồng Quyền lợi chăm sóc nha khoa đồng
 Quyền lợi ngoại trú đồng Khác đồng

Có thực hiện phẫu thuật: Không Có Phẫu thuật:

Ngày khám/nhập viện Chẩn đoán bệnh Cơ sở y tế (bệnh viện, trung tâm y tế, phòng mạch,)

Do nguyên nhân:

Bệnh Triệu chứng bệnh:

Ngày phát hiện triệu chứng:/...../..... Ngày khám lần đầu tiên:/...../.....

Tai nạn (vui lòng cung cấp thông tin nếu thương tổn có nguyên nhân tai nạn)

Tai nạn xảy ra lúc giờ, ngày/...../..... tại Tỉnh/TP:

Mô tả tình huống tai nạn, diễn biến sau tai nạn và biện pháp sơ cấp cứu:

Người bị nạn được đưa đến cơ sở y tế: Không Có Tên và địa chỉ cơ sở y tế:

Tai nạn được lập biên bản: Không Có Tên và địa chỉ cơ quan lập biên bản:

III. THÔNG TIN QUÁ TRÌNH KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ

Ngoài những lần khám/điều trị được liệt kê trong mục II ở trên, Quý khách vui lòng cung cấp thông tin những lần khám/ điều trị khác, nếu có, liên quan đến tai nạn/bệnh nói trên hoặc bất kỳ bệnh nào khác của Người được bảo hiểm (đánh dấu X vào ô "nội trú" nếu có nằm viện qua đêm)

Từ ngày	Đến ngày	Nội trú	Chẩn đoán bệnh/thương tổn	Tên Bác Sĩ/Khoa	Tên và địa chỉ bệnh viện
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

IV. THÔNG TIN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TẠI CÔNG TY BẢO HIỂM KHÁC

Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại công ty bảo hiểm khác liên quan đến sự kiện bảo hiểm này của Người được bảo hiểm:

Không Có (vui lòng cung cấp thông tin chi tiết dưới đây)

Tên công ty bảo hiểm

Số hợp đồng

Loại quyền lợi bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm

.....
.....

V. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

Chuyển vào tài khoản số: Tên tài khoản:.....
Tại ngân hàng [] Ngân hàng Đầu tư và Phát triển Việt Nam (BIDV) [] Ngân hàng:.....
Chi nhánh.....P.Giao dịch:..... Địa chỉ:

Nhận tiền mặt bằng CMND Người nhận tiền: Số CMND:.....
Ngày cấp:...../...../..... Nơi cấp:.....

Tại ngân hàng [] Ngân hàng Đầu tư và Phát triển Việt Nam (BIDV) [] Ngân hàng:.....
Chi nhánh.....P.Giao dịch:..... Địa chỉ:

Qua Bưu điện (Công ty sẽ chuyển tiền đến Bưu điện gần địa chỉ liên hệ mà Quý khách đã đăng ký với AIA Việt Nam. Nếu Quý khách muốn nhận tiền tại Bưu điện khác, vui lòng ghi rõ địa chỉ Bưu điện)

Địa chỉ: Tỉnh/TP:.....

Xin Quý khách lưu ý:

- Vui lòng ghi chính xác thông tin về **họ tên, số CMND, ngày cấp và nơi cấp CMND** như yêu cầu ở trên, nếu không, ngân hàng/bưu điện sẽ từ chối chi trả tiền cho Quý khách (CMND không được quá thời hạn 15 năm kể từ ngày cấp).
- Quý khách sẽ chịu phí chuyển tiền nếu chọn phương thức nhận tiền qua bưu điện.

VI. NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (Quý khách vui lòng cung cấp thông tin chi tiết nếu khác Người được bảo hiểm ở mục I)

Họ và tên Tên gọi khác (nếu có)..... Ngày sinh:/...../..... Nam Nữ

Số CMND/Hộ chiếu :..... Ngày cấp:...../...../..... Nơi cấp:..... (Các quốc tịch:.....)

Chỗ ở hiện nay:..... Tỉnh/TP:.....

Địa chỉ thường trú (vui lòng ghi rõ nếu khác địa chỉ trên)..... Tỉnh/TP:.....

Điện thoại:..... Email: Quan hệ với Người được bảo hiểm (đã ghi ở mục I)

CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Tôi/chúng tôi cam kết những thông tin cung cấp trên đây là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi/chúng tôi đồng ý và cho phép Công ty sử dụng và cung cấp các thông tin thu thập được cho các cá nhân/đơn vị liên kết hoặc bên thứ ba độc lập, ở trong hay ngoài Việt Nam, để thực hiện việc xử lý thông tin, tư vấn hay cung cấp thông tin liên quan đến sản phẩm hay dịch vụ, hoặc nhằm mục đích phục vụ hoạt động kinh doanh của Công ty. Tôi/chúng tôi ủy quyền cho bất kỳ tổ chức, công ty hay cá nhân nào có hồ sơ hay có hiểu biết về sức khỏe, bệnh sử hay việc điều trị của Người được bảo hiểm được phép tiết lộ cho Công ty hay người đại diện của Công ty bất cứ thông tin nào mà Công ty yêu cầu.

Tôi/chúng tôi với tư cách đại diện cho cá nhân Bên mua bảo hiểm (BMBH)/Người được bảo hiểm (NDBH) hoặc đại diện hợp pháp của người được nhận quyền lợi bảo hiểm này, theo đây:

- cho phép Công ty được quyền cung cấp các thông tin cá nhân của BMBH/NDBH/NTH và các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến BMBH/NDBH/NTH cho bất kỳ cơ quan nhà nước có thẩm quyền nào, bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ.
- đồng ý và cam kết thêm rằng trong trường hợp BMBH/NDBH/NTH có bất kỳ thay đổi nào về các yếu tố có liên quan đến nghĩa vụ khai báo và nộp thuế tại Hoa Kỳ (ví dụ như có quốc tịch Hoa Kỳ, có địa chỉ cư trú, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ,...), BMBH/NDBH/NTH sẽ ngay lập tức thông báo cho Công ty bằng văn bản và sẽ cung cấp thêm các thông tin/chứng từ cần thiết theo yêu cầu của Công ty.

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(ký tên và ghi họ tên bằng chữ thường)

XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI LÀM CHỨNG

(CMND/Mã số Đại lý

Họ và tên:..... Ngày:/...../.....

Họ và tên: Ngày:/...../.....