



HEALTHIER, LONGER,
BETTER LIVES

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

in|marl
Insurance Management And Healthcare Services

Hợp đồng bảo hiểm số :
 Người được bảo hiểm (NĐBH) :CMND.....
 Bên mua bảo hiểm (BMBH) :CMND.....
 Người yêu cầu GQQLBH (nếu khác BMBH) : Quan hệ với NĐBH.....
 Địa chỉ liên lạc :
 Điện thoại : Email:

I. Thông tin yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (GQQLBH):

Quyền lợi bảo hiểm	☐ Điều trị nội trú	Số tiền yêu cầu: đồng
	☐ Điều trị ngoại trú	

II. Thông tin liên quan đến sự kiện bảo hiểm:

Mô tả sự kiện bảo hiểm (thời gian, địa điểm):.....

 Quý khách có nộp yêu cầu GQQLBH tại công ty bảo hiểm khác không? Tên công ty:.....

III. Phương thức thanh toán:

☐ Chuyển vào hợp đồng số..... ☐ Đóng phí bảo hiểm ☐ Hoàn trả khoản tạm ứng
☐ Chuyển vào tài khoản số:Tên chủ tài khoản.....Các Quốc Tịch:.....
 Tại ngân hàng.....Chi nhánh.....
 P.Giao dịch..... Địa chỉ:
☐ Nhận tiền mặt bằng CMND: Người nhận tiền:Các Quốc Tịch:.....
 Số CMND:.....Ngày cấp:...../...../.....Nơi cấp:.....
☐ Tại ngân hàngChi nhánh.....
 P.Giao dịch:.....Địa chỉ:
☐ Tại văn phòng AIA Việt Nam: Tên văn phòngTỉnh/TP:.....

Tôi, với tư cách đại diện theo ủy quyền hợp pháp của Bên mua bảo hiểm (BMBH)/ Người thụ hưởng (NTH)/ Người thừa kế (NTK) của BMBH theo đây:

- cam kết những thông tin cung cấp trên đây là đầy đủ và **đồng ý ủy quyền** cho Công ty và Insmart được quyền liên hệ với các cơ sở y tế (Bệnh viện, Trung tâm y tế, Phòng khám ...), bác sĩ hay tất cả các cá nhân, cơ quan, tổ chức có liên quan để tìm hiểu và thu thập thông tin về quá trình khám, điều trị, thông tin sức khỏe của Người được bảo hiểm nhằm phục vụ quá trình giải quyết QL BH
- cho phép Công ty được quyền cung cấp các thông tin cá nhân của BMBH/NTH/NTK 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/NTH/NTK 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/NTH/NTK 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/NTH/NTK 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.

Xác nhận thông tin liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ: Bằng việc ký tên dưới đây, tôi/chúng tôi khẳng định rằng tôi/chúng tôi không phải là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ và tôi/chúng tôi không đại diện cho bất kỳ người Hoa Kỳ nào. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng, trên cơ sở tin rằng khẳng định của tôi/chúng tôi là đúng sự thật, Công ty sẽ dựa vào khẳng định này để có những hành động phù hợp

Trong trường hợp có bất kỳ BMBH/NTH/NTK hợp pháp nào của BMBH là người Hoa Kỳ có liên quan đến luật thuế thu nhập của Liên bang Hoa Kỳ, vui lòng bỏ qua phần xác nhận nêu trên, đồng thời đánh dấu vào ô kế bên và nộp kèm tờ khai W9 của từng cá nhân BMBH/NTH/NTK tương ứng ☐

Người yêu cầu GQQLBH/ Bên mua bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Đại lý bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên:
, ngày:/...../.....

Họ tên: Mã số:.....
, ngày:/...../.....



CLM320407

HƯỚNG DẪN THỦ TỤC
GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Chứng từ cần nộp	Quyền lợi bảo hiểm	Năm viện/ Phẫu thuật	Thương tật do tai nạn	Chăm sóc sức khỏe	Bệnh hiểm nghèo	Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn/ Miễn thu phí		Tử vong		
						Bệnh Lý	Tai nạn	Bệnh lý	Tai Nạn	Mất tích
Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Giấy ra viện	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Bản sao Thẻ Bảo hiểm y tế	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Bản chính Hóa đơn thanh toán viện phí (*)	+/-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Bảng kê chi tiết viện phí (*)	+/-	+/-	+	+/-	+/-	+/-	+/-	-	-	-
Kết quả sinh thiết/ Giải phẫu bệnh (**)	-	-	-	+	+/-	-	+/-	+/-	-	-
Tóm tắt bệnh án/Kết quả xét nghiệm/Siêu âm	+/-	+/-	+/-	+	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	-
Kết quả X-quang/CT/MRI và phim chụp	-	+	-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+	-
Giấy báo tử	-	-	-	-	-	-	-	+/-	+	-
Trích lục khai tử	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+
Tuyên bố chết của Tòa án	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Biên bản tai nạn/Biên bản khám nghiệm hiện trường/Kết luận giám định pháp y/ Kết luận điều tra của Công an cấp huyện trở lên	-	+/-	-	+/-	-	+	-	+	-	-
Bản tường trình tai nạn	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-
Bản sao CMND/Hộ chiếu/Căn cước công dân của người thụ hưởng	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Bản sao giấy khai sinh của Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng (trường hợp dưới 18 tuổi)	-	-	-	-	-	+	+/-	+	+	+
Kết quả giám định của Hội đồng giám định y khoa	-	-	-	+/-	+	+	-	-	-	-
Văn bản phân chia di sản (nếu không chỉ định Người thụ hưởng hoặc NTH là bản thân NĐBH)	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+
Quyết định giám hộ hợp pháp (Người được bảo hiểm mất năng lực hành vi dân sự/chưa thành niên) - trường hợp chủ hợp đồng tử vong	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+
Giấy ủy quyền thu thập thông tin theo mẫu	+/-	+/-	+/-	+	+	+	+	+	+	+

Lưu ý:

+ yêu cầu, - không yêu cầu, +/- nếu có

(*): yêu cầu đối với quyền lợi sản phẩm Bồi hoàn chi phí nằm viện và phẫu thuật, Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe và Hỗ trợ chi phí nằm viện có số tiền yêu cầu trên 2000.000đ

(**): Đối với trường hợp người được bảo hiểm (NĐBH) mắc bệnh hiểm nghèo là Ung thư

- Trong một số trường hợp chứng từ đã nộp không hợp lệ/ không rõ ràng hoặc cần thêm chứng từ khác để thẩm định hồ sơ nhanh chóng Công ty sẽ ra yêu cầu bổ sung thêm.

- Thời gian bổ sung chứng từ là 30 ngày kể từ ngày công ty thông báo lần đầu

- **KHÔNG** chấp nhận người được ủy quyền nhận tiền là Đại lý bảo hiểm nếu QLBH là Bệnh hiểm nghèo, Tử vong, Tàn tật toàn bộ và vĩnh viễn



CLM320407