

**Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm**

**Phần A - Thông tin Người được Bảo hiểm (NDBH)**

Họ và tên (viết chữ in hoa) ..... Giới tính ..... Quốc tịch: ..... Ngày sinh: .....  
 .....  Nam ..... CMND/CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh số: .....  
 .....  Nữ ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....  
 Thẻ Bảo hiểm y tế số: ..... Thời hạn sử dụng từ ..... đến .....  
 Nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu: ..... (vui lòng nộp kèm bản sao Thẻ bảo hiểm y tế)  
 Vui lòng liệt kê tất cả các Hợp đồng Bảo hiểm của Người được Bảo hiểm đang tham gia với Chubb Life:  
 a) ..... b) ..... c) ..... d) .....  
 Người được Bảo hiểm có được bảo hiểm nhân thọ bởi công ty nào khác ngoài Chubb Life không?  Có  Không  
*Nếu có, vui lòng cho biết tên công ty bảo hiểm và số của hợp đồng bảo hiểm:*  
 .....

**Phần B - Thông tin chi tiết Sự kiện Bảo hiểm**

Xin vui lòng đánh dấu vào ô sự kiện bảo hiểm yêu cầu bồi thường thích hợp:

Tử vong                   Thương tật                   Bệnh nan y                   Hỗ trợ nằm viện

Nguyên nhân:

Bệnh - Chẩn đoán bệnh: .....

Tai nạn - Nguyên nhân tai nạn: .....

Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn: ...../...../.....

Ngày nhập viện đầu tiên: ...../...../.....                  Ngày xuất viện sau cùng: ...../...../.....

Tên cơ sở y tế điều trị hoặc địa điểm xảy ra tai nạn: .....

Trong thời gian nằm viện, Người được Bảo hiểm có phải trải qua:

Phẫu thuật tại phòng Phẫu thuật - Gây mê hồi sức:  Không                   Có (Nếu có, vui lòng cung cấp Giấy chứng nhận phẫu thuật)

Tổng chi phí thanh toán cho lần nằm viện điều trị: ..... VNĐ

Vui lòng ghi lại quá trình diễn biến, chẩn đoán, điều trị bệnh hoặc quá trình bị tai nạn gây ra sự kiện tử vong hoặc thương tật hoặc nằm viện của Người được Bảo hiểm:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Phần C - Thông tin người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm				
Họ và tên (viết chữ in hoa)	Giới tính	Quan hệ với NĐBH: .....		
.....	<input type="checkbox"/> Nam	Ngày sinh: .....	Nơi sinh: .....	
.....	<input type="checkbox"/> Nữ	CMND/CCCD/Hộ chiếu số: .....		
.....		Ngày cấp: .....	Nơi cấp: .....	
Địa chỉ liên lạc:				
(Số nhà)	(Đường)	(Phường/Xã)	(Quận/Huyện)	(Tỉnh/Thành Phố)
Điện thoại di động: .....				
Địa chỉ E-mail (vui lòng cung cấp để nhận các thư thông báo): .....				

Phần D - Thông tin phương thức nhận Số tiền Bảo hiểm	
<input type="checkbox"/> Đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng Bảo hiểm	
<input type="checkbox"/> Nhận tiền mặt tại ngân hàng	
<input type="checkbox"/> Ngân hàng SACOMBANK	<input type="checkbox"/> Ngân hàng AGRIBANK
Chi nhánh ngân hàng: .....	Chi nhánh ngân hàng: .....
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản vào tài khoản ngân hàng:	
Tên chủ tài khoản: .....	Số tài khoản: .....
Tên ngân hàng: .....	Chi nhánh ngân hàng: .....

Phần E - Cam kết và ký tên xác nhận
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tôi/Chúng tôi cam kết những thông tin cung cấp trên đây là đầy đủ, chính xác, đúng sự thật và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những thông tin này.</li> <li>Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Chubb Life được quyền thu thập mọi thông tin y tế (kể cả thông tin về HIV/AIDS), ở bất kỳ bác sĩ/ cơ sở y tế /công ty bảo hiểm nhân thọ/ tổ chức/ cá nhân có hồ sơ hay thông tin về Người được Bảo hiểm.</li> <li>Tôi/Chúng tôi theo đây đồng ý cho phép Chubb Life hoặc đối tác cung cấp dịch vụ giải quyết quyền lợi bảo hiểm của Chubb Life sử dụng địa chỉ liên lạc, số điện thoại, thư điện tử (E-mail) của tôi/chúng tôi để liên hệ trong quá trình giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Mọi thông tin mà Chubb Life hoặc đối tác của Chubb Life gửi và nhận từ số điện thoại, E-mail nêu trên mặc nhiên được hiểu là đã gửi đến Tôi/Chúng tôi hoặc gửi từ Tôi/Chúng tôi ngay khi được gửi đi.</li> <li>Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng tất cả thông tin được Tôi/Chúng tôi cung cấp khi yêu cầu thực hiện giải quyết quyền lợi bảo hiểm sẽ được Chubb Life xử lý, bảo mật theo điều khoản của Hợp đồng và “Chính Sách Bảo vệ Dữ liệu Cá nhân” của Chubb Life.</li> <li>Tôi/Chúng tôi cam kết và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu có bất kỳ tranh chấp nào liên quan đến quyền thụ hưởng Số tiền Bảo hiểm hoặc hành vi trục lợi bảo hiểm.</li> </ul>

Chữ ký

Họ và tên người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm  
(vui lòng viết bằng chữ thường)

Ngày/tháng/năm

Tôi xác nhận chữ ký trên đây được người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm thực hiện trước sự chứng kiến của tôi.

Chữ ký

Đại diện Kinh doanh/Đại lý thu phí/Người làm chứng  
(vui lòng viết bằng chữ thường)

Mã số/CCCD

Ngày/tháng/năm

**Phiếu nhận hồ sơ**

STT	Bản gốc	Bản thị thực	Bản photo	Chứng từ	Ghi chú
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phiếu báo của Đại diện Kinh doanh	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bộ Hợp đồng Bảo hiểm	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trích lục khai tử	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thông báo về kết quả hủy bỏ đăng ký cư trú của Người được Bảo hiểm	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biên bản tai nạn/ Biên bản khám nghiệm tử thi	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy ra viện của Bệnh viện/ Trung tâm y tế	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy chứng nhận phẫu thuật	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hóa đơn thanh toán/ Bảng kê chi phí nằm viện	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tóm tắt bệnh án của Bệnh viện/ Trung tâm y tế	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phim X-Quang/ phim MRI/ phim CTscan	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kết quả Giải phẫu bệnh lý	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biên bản giám định y khoa	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CMND/CCCD/Hộ chiếu của người yêu cầu giải quyết QL BH	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CMND/CCCD/Hộ chiếu/Giấy khai sinh của hàng thừa kế	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy ủy quyền có công chứng/xác nhận chữ ký của chính quyền địa phương	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy đăng ký kết hôn/ Giấy chứng nhận kết hôn	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hộ khẩu thường trú của người yêu cầu giải quyết QL BH	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Người yêu cầu thanh toán QL BH	ĐDKD/Người làm chứng nhận hồ sơ	Văn phòng Kinh doanh nhận hồ sơ
Ký tên: Họ và tên: ..... Ngày nộp: .....	Ký tên: Họ và tên: ..... Mã số ĐKKD: .....	Ký tên: Họ và tên: ..... Văn phòng: ..... giờ ..... ngày ..... / ..... / .....