

## Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm

### Phần A - Thông tin Người được Bảo hiểm (NĐBH)

Họ và tên (viết chữ in hoa) ..... Giới tính  Nam  Nữ Quốc tịch: ..... Ngày sinh: .....  
 CMND/CCCD/Hộ chiếu/Khai sinh số: .....  
 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:  
 Điều trị hồi sức tích cực:  Không  Có (Nếu có, vui lòng cung cấp chứng từ y tế ghi nhận điều trị tại Khoa hồi sức tích cực)  
 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 tài khoản: .....	Số tài khoản: .....
Tên ngân hàng: .....	Chi nhánh ngân hàng: .....

**Phần E - Cam kết và ký tên xác nhận**

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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

Họ và tên Đại diện Kinh doanh/Người làm chứng  
(vui lòng viết bằng chữ thường)

Mã số/CMND/CCCD

Ngày/tháng/năm

## Hướng dẫn hoàn tất Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm

Người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm vui lòng điền đầy đủ và chính xác các phần trong Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm này theo hướng dẫn dưới đây.

### Phần A - Thông tin Người được Bảo hiểm

Thông tin về Người được Bảo hiểm có liên quan đến sự kiện bảo hiểm và yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm.

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

Điền đầy đủ tất cả thông tin có liên quan đến sự kiện bảo hiểm xảy ra với Người được Bảo hiểm, cụ thể:

- **Nếu nguyên nhân gây ra sự kiện bảo hiểm là do bệnh**, vui lòng cung cấp tất cả thông tin liên quan đến việc khám chữa bệnh: ngày bắt đầu xuất hiện triệu chứng bệnh, ngày và nơi khám bệnh, tên các Bác sĩ và cơ sở y tế đã điều trị cho Người được Bảo hiểm. Đồng thời nộp các chứng từ sau: Giấy ra viện, Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có), bản sao Bệnh án/ Tóm tắt Bệnh án, (các) kết quả xét nghiệm/siêu âm, kết quả giải phẫu bệnh lý, phim X-quang, phim MRI (cộng hưởng từ), phim CTscan (cắt lớp vi tính), bảng kê viện phí, hóa đơn thanh toán viện phí.
- **Nếu nguyên nhân gây ra sự kiện bảo hiểm là do tai nạn**, vui lòng cung cấp biên bản tai nạn/ biên bản sự việc và/hoặc bản kết luận điều tra do công an cấp quận/huyện trở lên thiết lập, biên bản khám nghiệm tử thi/giải phẫu pháp y (nếu có), Tóm tắt Bệnh án (nếu có) và các chứng từ y tế có liên quan.

### Phần C - Thông tin người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm

Cung cấp đầy đủ các thông tin của người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm để Chubb Life có thể liên hệ trong quá trình giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

### Phần D - Thông tin phương thức nhận Số tiền Bảo hiểm

Cung cấp đầy đủ các thông tin chi tiết của phương thức nhận Số tiền Bảo hiểm mà người nhận quyền lợi bảo hiểm muốn nhận.

Người nhận quyền lợi bảo hiểm là Người thụ hưởng được chỉ định trong Hợp đồng Bảo hiểm; hoặc Bên mua Bảo hiểm nếu trong Hợp đồng Bảo hiểm không có chỉ định Người thụ hưởng hoặc có chỉ định Người thụ hưởng nhưng Người thụ hưởng đã tử vong trước ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.

Nếu Người được Bảo hiểm chính đồng thời là Bên mua Bảo hiểm tử vong và trong Hợp đồng Bảo hiểm KHÔNG chỉ định Người thụ hưởng, Số tiền Bảo hiểm sẽ được chi trả cho (những) người thừa kế hợp pháp của Bên mua Bảo hiểm (thừa kế theo di chúc hoặc thừa kế theo pháp luật). Trong trường hợp này, vui lòng nộp bản sao có công chứng di chúc hoặc văn bản thỏa thuận phân chia di sản thừa kế.

### Phần E - Cam kết và ký tên xác nhận

Người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm ký tên xác nhận vào Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm.

Vui lòng đọc lại toàn bộ nội dung trước khi ký tên.

**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"/>	Hợp đồng Bảo hiểm, các bản phụ lục, các tài liệu khác đính kèm	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy báo tử / Giấy chứng tử	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy xuất viện của Bệnh viện	
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy chứng nhận phẫu thuật	
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hóa đơn thanh toán/ Bảng kê chi phí	
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tóm tắt bệnh án của Bệnh viện	
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biên bản tai nạn/ Sơ đồ hiện trường	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy chứng nhận thương tật	
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Biên bản giám định y khoa	
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bản sao Hộ khẩu đã cắt của Người được Bảo hiểm	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tờ khai quan hệ nhân thân	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hộ khẩu thường trú của người yêu cầu giải quyết QLBH	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy CMND/CCCD/Hộ chiếu của người yêu cầu giải quyết QLBH	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy CMND/CCCD/Hộ chiếu của hàng thừa kế	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hộ khẩu thường trú của hàng thừa kế	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy đăng ký kết hôn/ Giấy chứng nhận kết hôn	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy ủy quyền có công chứng/xác nhận chữ ký của chính quyền địa phương	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giấy khai sinh	
21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kết quả Giải phẫu bệnh lý	
22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Phim X-Quang/ phim MRI/ phim CTscan	
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 QLBH	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 ĐDKD: .....	Ký tên: Họ và tên: ..... Văn phòng: ..... giờ ..... ngày ..... / ..... / .....