

## PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm số \_\_\_\_\_

### I. THÔNG TIN CHUNG

1. Người được bảo hiểm \_\_\_\_\_

2. Bên mua bảo hiểm \_\_\_\_\_

3. Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm \_\_\_\_\_  
(Điền thông tin nếu khác Bên mua bảo hiểm)

Địa chỉ liên hệ \_\_\_\_\_

Điện thoại \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### II. YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TRỢ CẤP VIỆN PHÍ VÀ CHI PHÍ PHẪU THUẬT

Quyền lợi Trợ cấp viện phí hàng ngày - Phòng chăm sóc bình thường  
Ngày nhập viện \_\_\_\_\_ Ngày ra viện \_\_\_\_\_

Quyền lợi Trợ cấp viện phí hàng ngày - Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)  
Ngày nhập viện \_\_\_\_\_ Ngày ra viện \_\_\_\_\_

Quyền lợi Trợ cấp chi phí Phẫu thuật

Quyền lợi Trợ cấp chi phí Đại phẫu

### III. YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TỬ VONG/ BỆNH HIỂM NGHÈO/ THƯƠNG TẬT

Tử vong

Quyền lợi Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo/ Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

Quyền lợi Bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Quyền lợi Bảo hiểm Thương tật do tai nạn

Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm \_\_\_\_\_

Nguyên nhân sự kiện bảo hiểm  Do Tai nạn  Không do Tai nạn

Chi tiết liên quan đến sự kiện bảo hiểm (ngày phát hiện ban đầu, chẩn đoán bệnh, mô tả thương tật...):

### THÔNG TIN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM KHÁC

1. Nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu theo diện bảo hiểm y tế \_\_\_\_\_

Số thẻ bảo hiểm y tế \_\_\_\_\_

2. Quý khách có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại (các) Công ty bảo hiểm khác không?

Tên Công ty bảo hiểm	Hợp đồng số	Loại Quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**IV. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN**

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản hợp đồng. Trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm là Người được ủy quyền, cần có Giấy ủy quyền theo quy định của Pháp luật.

**Chuyển đóng phí bảo hiểm/ Hoàn trả khoản vay/ Hoàn trả phí bảo hiểm tự động**

Hợp đồng bảo hiểm số	Bên mua bảo hiểm	Số tiền (đồng)	Kỳ phí bảo hiểm

**Chuyển khoản**

Số tài khoản \_\_\_\_\_ Chủ tài khoản \_\_\_\_\_  
 Ngân hàng \_\_\_\_\_ Chi nhánh \_\_\_\_\_

**Nhận tiền mặt qua Ngân hàng**

Người nhận tiền \_\_\_\_\_  
 Số CMND \_\_\_\_\_ Ngày cấp \_\_\_\_\_ Nơi cấp \_\_\_\_\_  
 Ngân hàng \_\_\_\_\_ Chi nhánh \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ \_\_\_\_\_

**V. CAM KẾT**

Tôi/Chúng tôi cam kết rằng tất cả thông tin kê khai tại Phiếu yêu cầu này là hoàn toàn chính xác, đúng sự thật và chịu trách nhiệm về tính chính xác của các thông tin tại Mục IV ở trên.

Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Công ty được chuyển giao thông tin cá nhân do Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm cung cấp, cũng như các giao dịch liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty có được cho bên thứ ba với mục đích giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, phòng chống trục lợi bảo hiểm. Việc cho phép chia sẻ thông tin này sẽ tiếp tục có hiệu lực kể cả trong trường hợp quan hệ hợp đồng bảo hiểm giữa Bên mua bảo hiểm và Công ty đã chấm dứt.

Tôi/Chúng tôi đồng ý uỷ quyền cho Công ty và đối tác của Công ty 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 khoẻ của Người được bảo hiểm nhằm phục vụ quá trình giải quyết QLBH.

Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Công ty được chia sẻ cho Công ty mẹ, các công ty con, các công ty thành viên và các công ty liên kết trong cùng Tập đoàn FWD các thông tin cá nhân của Tôi/Chúng tôi như đã cung cấp cho Công ty và các thông tin khác liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm cũng như các giao dịch liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm mà Công ty có được cho mục đích tuân thủ Đạo luật FATCA và/hoặc phòng chống rửa tiền và chống tài trợ khủng bố trong nội bộ Tập đoàn. Việc cho phép chia sẻ thông tin này sẽ tiếp tục có hiệu lực kể cả trong trường hợp quan hệ hợp đồng bảo hiểm giữa Tôi/Chúng tôi với Công ty đã chấm dứt.

Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng ngay sau khi FWD Việt Nam hoàn tất thủ tục chuyển tiền/ thanh toán theo đúng các nội dung yêu cầu nêu trên, FWD Việt Nam đã thanh toán đầy đủ và hoàn thành trách nhiệm đối với việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm được kê khai ở Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này và Tôi/ Chúng tôi cam kết không có bất kỳ khiếu nại gì đối với FWD Việt Nam về sau.

Bên mua bảo hiểm	Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm	Tư vấn tài chính
Ngày: _____  _____ (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày: _____  _____ (Ký và ghi rõ họ tên)	Ngày: _____  _____ Họ tên: _____ Mã số: _____ Điện thoại liên hệ: _____

**Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam**  
 ☎ 1800 96 96 90    ✉ CustomerConnect.vn@fwd.com    🌐 www.fwd.com.vn

**Trụ sở Chính**  
 Địa chỉ: Tầng 11, Tòa nhà Diamond Plaza, 34 Lê Duẩn  
 Phường Bến Nghé, Quận 1, TP.HCM, Việt Nam  
 ☎ Tel: (84-28) 6256 3688

**Chi nhánh**  
 Địa chỉ: Tầng 20, Tòa nhà VCCI Tower, 9 Đào Duy Anh,  
 Phường Phương Mai, Quận Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam.  
 ☎ Tel: (84-24) 3938 6757