

ĐƠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Họ và tên Người được bảo hiểm:	Số HDBH:	Số CMND:	Ngày cấp:	Nơi cấp:
Họ và tên Người yêu cầu quyền lợi:		Số CMND:	Ngày cấp:	Nơi cấp:
Địa chỉ: Số nhà, tên đường: _____ Xã/ Phường/ Thị trấn: _____ Quận/ Huyện/ Thị xã: _____ Tỉnh/ Thành phố: _____		Điện thoại: <u>Số điện thoại bàn:</u> - Số điện thoại nhà: _____ - Nhờ nhắn (qua số điện thoại bàn của Trụ lý hành chính huyện): _____ <u>Số di động:</u> _____		
Vai trò của người yêu cầu quyền lợi bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Người hưởng lợi <input type="checkbox"/> Người được ủy quyền				
Mọi quan hệ với người tử vong: <input type="checkbox"/> Chồng <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Anh / Chị/ Em <input type="checkbox"/> Khác				
* Thông tin của Người thay thế nhận quyền lợi bảo hiểm: (Trong trường hợp Người được bảo hiểm, vì lý do sức khỏe, không thể trực tiếp đến Ngân hàng nhận tiền)				
Họ và tên Người nhận quyền lợi thay:		Số CMND:	Ngày cấp:	Nơi cấp:

1. QUYỀN LỢI TỬ VONG:

Ngày tử vong:	Nơi tử vong: (nếu rõ địa điểm)	Nguyên nhân tử vong:		
Họ tên và địa chỉ của tất cả các Bác sĩ đã điều trị cho Người tử vong trong 2 năm qua:				
Họ và tên Bác sĩ	Bệnh viện	Địa chỉ	Ngày điều trị	Nguyên nhân

2. QUYỀN LỢI THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VÀ VĨNH VIỄN DO TAI NẠN:

Ngày, giờ xảy ra tai nạn: Ngày: _____ Giờ: _____ a) Tai nạn xảy ra ở đâu? b) Xảy ra như thế nào?	Mô tả chi tiết thương tổn: a) Bộ phận nào bị thương tổn? <input type="checkbox"/> Chân <input type="checkbox"/> Tay <input type="checkbox"/> Mắt b) Đặc điểm thương tổn? (gãy xương, chi đứt lìa)	
Nêu chi tiết nằm viện (nếu có và gửi kèm phiếu thanh toán bệnh viện)		
Họ tên Bác sĩ/Bệnh viện	Địa chỉ	Ngày khám hoặc khoảng thời gian nhập viện

3. QUYỀN LỢI TRỢ CẤP THU NHẬP KHI NÀM VIỆN

Thời gian nhập viện, Bệnh viện điều trị, Bác sĩ chẩn đoán?		
Bệnh viện đã điều trị	Thời gian điều trị	Được chẩn đoán bệnh
	Từ: đến:	

4. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

A. ỦY NHIỆM CHI:

TẠI NGÂN HÀNG:	<input type="checkbox"/> NÔNG NGHIỆP & PHÁT TRIỂN NÔNG THÔN	<input type="checkbox"/> SACOMBANK
Địa chỉ ngân hàng:		
Số: _____	Ấp/ Đường: _____	Xã/ Phường: _____ Quận/ Huyện: _____
Tỉnh/ TP: _____		

B. CHUYỂN KHOẢN (trong trường hợp Bên mua bảo hiểm có tài khoản tại bất cứ ngân hàng nào, vui lòng điền các thông tin bên dưới)

- Tên tài khoản (của chính Người được nhận tiền): _____		
- Số CMND: _____	Ngày cấp: _____	Nơi cấp: _____
- Số tài khoản: _____ Tại Ngân hàng: _____		
- Địa chỉ Ngân hàng: _____		

C. ỦY QUYỀN NHÂN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(trong trường hợp Bên mua bảo hiểm ủy quyền cho Trợ lý Hành chính của Hội Liên Hiệp Phụ Nữ cấp Huyện được nhận thay quyền lợi bảo hiểm)

Tôi xin được ủy quyền lại cho:		
Ông/ Bà: _____	Ngày sinh: _____	
Là Trợ lý Hành chính của Hội Liên Hiệp Phụ Nữ Huyện: _____ Tỉnh: _____		
Số CMND: _____	Ngày cấp: _____	Cấp tại: _____
Được thay mặt tôi nhận quyền lợi bảo hiểm Trợ cấp thu nhập khi nằm viện với số tiền: _____		
Thời hạn ủy quyền: _____		
Tôi cam kết hoàn toàn chịu trách nhiệm cho mọi tranh chấp phát sinh xảy ra sau này.		

TÔI CAM ĐOAN rằng tất cả các câu trả lời trên là đầy đủ và đúng sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
Chữ ký Bên mua bảo hiểm/ Người yêu cầu quyền lợi bảo hiểm
Ký tại ngày tháng năm
TÔI XÁC NHẬN rằng tất cả các câu trả lời trên là đầy đủ và đúng sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
Họ, tên Người làm chứng..... Ký tên..... Ngày..... tháng..... năm.....
(Cán bộ phụ trách/ Chủ Tịch Hội Phụ Nữ Xã)

* Công ty cung cấp mẫu Đơn này và những mẫu khác nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho người yêu cầu nhưng không phải là mọi yêu cầu đều được bồi thường và Công ty sẽ xem xét giải quyết trong thời gian nhanh nhất.

LƯU Ý:

- Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm vui lòng gửi về Văn phòng Giao dịch của Công ty Manulife (Việt Nam) gần nhất theo địa chỉ được liệt kê tại bìa Hợp đồng bảo hiểm của Quý khách,
- Cung cấp các chứng từ đầy đủ theo đúng yêu cầu được liệt kê tại Hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm
- Trên phong bì hồ sơ gửi **Người nhận: Bộ Phận Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm**

Ngoài ra, để Quý khách không mất thời gian trong việc gửi hồ sơ yêu cầu trợ cấp thu nhập khi nằm viện và chờ đợi kết quả giải quyết không như ý muốn, Quý khách cần lưu ý những trường hợp loại trừ được liệt kê dưới đây. Công ty sẽ từ chối trợ cấp thu nhập khi nằm viện khi Quý khách nằm viện điều trị:

- Do nằm viện không đủ 05 đêm nội trú liên tục (nhập viện từ ngày hôm nay đến ngày hôm sau xuất viện được tính bằng 1 đêm nội trú),
- Do nằm viện điều trị trong thời gian chờ đợi 90 ngày tính từ ngày hiệu lực Hợp đồng bảo hiểm,
- Do nằm viện điều trị tại Trạm y tế, Trạm xá hoặc Phòng khám,
- Do bất kỳ hình thức phẫu thuật thẩm mỹ nào

Các loại trừ được liệt kê trên có nêu rõ trong Điều khoản Bảo hiểm Từ kỳ thời hạn 7 năm – Bản Đồng Hành tại Hợp đồng bảo hiểm của Quý khách.