

## ĐƠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

### A. THÔNG TIN CHUNG

▪ Số hợp đồng: _____	
▪ Bên mua bảo hiểm: _____	
Địa chỉ liên lạc: _____	
Điện thoại: _____	Email: _____
Quốc tịch: <input type="checkbox"/> Việt Nam	<input type="checkbox"/> Khác: _____
▪ Người được bảo hiểm: _____	
Địa chỉ liên lạc: _____	
Điện thoại: _____	Email: _____
▪ Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (KHÔNG điền nếu là Bên mua bảo hiểm):	
Họ tên: _____	Điện thoại: _____
Địa chỉ liên lạc: _____	Email: _____
Quốc tịch: <input type="checkbox"/> Việt Nam	<input type="checkbox"/> Khác: _____
Mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm: _____	
▪ Đại lý: _____	Mã số: _____ Điện thoại: _____

### B. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM YÊU CẦU

<input type="checkbox"/> Nằm viện	<input type="checkbox"/> Sinh đẻ	<input type="checkbox"/> Hỗ trợ phẫu thuật/Phẫu thuật phục hồi
<input type="checkbox"/> Điều trị nội trú*: [ ] Có phẫu thuật [ ] Không phẫu thuật [ ] Ung thư [ ] Ghép tạng [ ] Thai sản		
<input type="checkbox"/> Điều trị ngoại trú*	<input type="checkbox"/> Bệnh lý nghiêm trọng	<input type="checkbox"/> Dành riêng cho Nữ giới/Nam giới
<input type="checkbox"/> Điều trị nha khoa *	<input type="checkbox"/> Thương tật :	[ ] Theo tỉ lệ [ ] Toàn bộ & vĩnh viễn
<input type="checkbox"/> Miễn nộp phí bảo hiểm: [ ] Bệnh lý nghiêm trọng [ ] Thương tật toàn bộ & vĩnh viễn [ ] Tử vong		
<input type="checkbox"/> Tử vong: [ ] Bệnh [ ] Tai nạn	<input type="checkbox"/> Quyền lợi bảo hiểm khác: _____	
* Đối với Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú, Điều trị nha khoa: hoàn tất thêm "Bảng kê chi phí"		

### C. THÔNG TIN Y TẾ

Nơi khám/điều trị	Ngày khám/ nhập viện	Ngày xuất viện	Chẩn đoán

### D. THÔNG TIN TAI NẠN

Ngày xảy ra tai nạn: _____	Nơi xảy ra tai nạn: _____
Diễn biến tai nạn: _____	
Tình trạng thương tích: _____	

## E. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

Người nhận thanh toán (KHÔNG điền nếu là Bên mua bảo hiểm):

Họ tên: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Quốc tịch:  Việt Nam  Khác: \_\_\_\_\_

*Đóng phí kỳ sau*  *Tiền mặt*

*Nhận tiền bằng Chứng minh nhân dân tại Ngân hàng:*

▪ Số CMND: \_\_\_\_\_ Ngày cấp: \_\_\_\_\_ Nơi cấp: \_\_\_\_\_

▪ Ngân hàng: \_\_\_\_\_ Chi nhánh Ngân hàng: \_\_\_\_\_

*Chuyển khoản:*

[ ] Theo tài khoản đã đăng ký với Công ty Manulife

[ ] Theo tài khoản sau:

▪ Tên tài khoản: \_\_\_\_\_ Số tài khoản: \_\_\_\_\_

▪ Ngân hàng: \_\_\_\_\_ Chi nhánh Ngân hàng: \_\_\_\_\_

## F. CAM KẾT KHAI BÁO THUẾ

Xin vui lòng ký xác nhận tại phần này nếu Bên mua bảo hiểm (Ông/Bà) là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ hoặc ít nhất có một trong các chỉ dấu sau: (i) Hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ, (ii) mã số thuế tại Hoa Kỳ hoặc (iii), số điện thoại, địa chỉ Hoa Kỳ hoặc các giấy tờ cư trú ở Hoa Kỳ.

Xác nhận của Bên Mua Bảo hiểm:

• Xin vui lòng lưu ý rằng, trong trường hợp Ông/Bà không ký xác nhận tại phần trên, Công ty sẽ tự động hiểu rằng Ông/Bà không phải là người có nghĩa vụ kê khai thuế ở Hoa Kỳ dưới bất kỳ hình thức nào. Ông/Bà cũng cam kết về việc sẽ thông báo cho Công ty trong thời hạn 30 ngày nếu có sự thay đổi các thông tin trong thời hạn của Hợp đồng bảo hiểm và cho phép Công ty cung cấp thông tin của Ông/Bà cho cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ theo nghĩa vụ khai báo và nộp thuế của Hoa Kỳ. Các thông tin cần thu thập (theo mẫu của Công ty) và cung cấp sẽ bao gồm cả các thông tin liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm của Ông/Bà.

• Xin vui lòng nộp Mẫu đơn W9 nếu Ông/Bà có chỉ dấu (i) hoặc (ii) được nêu ở trên. Vui lòng nộp Mẫu đơn W-8BEN / W8BENE nếu Ông/Bà có chỉ dấu (iii) nhưng Ông/Bà không phải là người nộp thuế tại Hoa Kỳ. Nếu Ông/Bà được sinh ra ở Hoa Kỳ nhưng đã từ bỏ hoặc không nộp đơn xin quốc tịch Hoa Kỳ, vui lòng nộp bản sao văn bản Chứng nhận Từ bỏ Quốc tịch Hoa Kỳ hoặc các giải trình hợp lý bằng văn bản.

• Tập đoàn Tài chính Manulife có quyền tiết lộ các thông tin trên và các thông tin khác liên quan đến thông tin Hợp đồng Bảo hiểm (số hợp đồng, giá trị tài khoản và giá trị tiền mặt thực trả/hoàn lại tính đến ngày khai báo thông tin) cho cơ quan thuế Hoa Kỳ theo nghĩa vụ của những cá nhân/tổ chức phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

## G. XÁC NHẬN THÔNG TIN

**TÔI /CHÚNG TÔI CAM ĐOAN** rằng tất cả các thông tin trong Đơn này được điền đầy đủ và đúng sự thật theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi/chúng tôi.

**TÔI /CHÚNG TÔI ĐỒNG Ý:**

▪ hoặc đối tác cung cấp dịch vụ giải quyết quyền lợi bảo hiểm của Manulife sử dụng địa chỉ liên lạc, số điện thoại, địa chỉ thư điện tử cá nhân (Email) của tôi/chúng tôi (bao gồm Bên mua bảo hiểm và Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm) để cung cấp các thông tin liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

▪ Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) có thể thay đổi, ngừng hoặc chấm dứt cung cấp dịch vụ nêu trên vào bất cứ thời điểm nào mà không cần thông báo trước.

	Chữ ký	Họ tên	Ngày
Bên mua bảo hiểm (BMBH)			
Đại lý/Quản lý kinh doanh			

(Nếu BMBH tử vong, Người xác nhận thông tin là Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm).

**BẢNG KÊ CHI PHÍ**  
(Dành cho Quyền lợi Điều trị nội trú, Điều trị ngoại trú và Điều trị nha khoa)

Số Hợp đồng bảo hiểm: \_\_\_\_\_

**H. THÔNG TIN CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ**

STT	Số hóa đơn	Ngày cấp hóa đơn	Số tiền
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**I. CHỨNG TỪ CẦN NỘP**

- Giấy ra viện (đối với Quyền lợi Điều trị nội trú)
- Giấy chứng nhận phẫu thuật (trường hợp khách hàng có phẫu thuật)
- Sổ khám bệnh/ Đơn thuốc (đối với Quyền lợi Điều trị ngoại trú)
- Phiếu điều trị răng (đối với Quyền lợi Điều trị nha khoa)
- Hóa đơn tài chính (bản gốc)
- Biên lai thu tiền phí, lệ phí (bản gốc)
- Bảng kê chi phí khám chữa bệnh
- Phiếu chỉ định khám/xét nghiệm
- Kết quả xét nghiệm, Kết quả Chẩn đoán hình ảnh
- Chứng từ khác \_\_\_\_\_

**J. CÁC LƯU Ý:**

- Đơn thuốc hoặc Sổ khám bệnh: ghi rõ họ tên, năm sinh của bệnh nhân, có chẩn đoán, chỉ định thuốc theo quy định của Bộ y tế, chữ ký và ghi rõ họ tên của Bác sĩ, có dấu của cơ sở y tế.
- Phiếu khám răng: ghi rõ họ tên, năm sinh của bệnh nhân, chẩn đoán, nội dung điều trị cụ thể, kết quả chụp phim (nếu có), Phiếu điều trị có chữ ký và ghi rõ họ tên của Bác sĩ,
- Hóa đơn tài chính (HĐTC) hoặc Biên lai thu tiền phí, lệ phí, Hóa đơn bán lẻ .... theo quy định của Bộ Tài chính: Họ tên người mua hàng là người được bảo hiểm, có dấu nơi xuất hóa đơn, có nội dung thu rõ ràng (trường hợp HĐTC không thể hiện rõ nội dung thu, yêu cầu cung cấp bảng kê chi tiết. Trường hợp hóa đơn điện tử, yêu cầu cung cấp hóa đơn chuyển đổi)
- Thuốc được mua trong thời gian 05 ngày kể từ ngày kê đơn. HĐTC được xuất vào ngày mua thuốc hoặc tối đa trong vòng 30 ngày kể từ ngày mua thuốc. Trường hợp HĐTC xuất sau ngày mua thuốc cần cung cấp hóa đơn bán lẻ chứng minh việc mua thuốc trong vòng 05 ngày kể từ ngày kê đơn.

# THƯ ỦY QUYỀN

Họ tên Người ủy quyền: \_\_\_\_\_

Ngày, tháng, năm sinh: \_\_\_\_\_

Số CMND/Hộ chiếu: \_\_\_\_\_ Cấp ngày: \_\_\_\_\_ Tại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Họ tên Bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngày, tháng, năm sinh: \_\_\_\_\_

Số CMND/Hộ chiếu: \_\_\_\_\_ Cấp ngày: \_\_\_\_\_ Tại: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Mối quan hệ giữa người ủy quyền và bệnh nhân (hoặc Người được bảo hiểm đã tử vong): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tôi ủy quyền cho Công ty TNHH Manulife (VN) hoặc cá nhân, tổ chức được Công ty TNHH Manulife (VN) ủy quyền được phép liên hệ các cơ sở y tế, bác sỹ, các công ty bảo hiểm hoặc các tổ chức khác để thu thập các thông tin của Bệnh nhân về tình trạng sức khỏe, bệnh lý (bao gồm HIV/AIDS) tai nạn, thương tổn, ... và các bản sao hồ sơ y tế.

Bản sao của Thư ủy quyền này sẽ có giá trị như bản gốc.

Chân thành cảm ơn.

Trân trọng.

\_\_\_\_\_, Ngày \_\_\_\_ tháng \_\_\_\_ năm \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Người ủy quyền (*Ký và ghi rõ họ tên*)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Người làm chứng (*Ký và ghi rõ họ tên*)

Mẫu đơn này cần được điền đầy đủ và được Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm hoặc Cha/Mẹ của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) hoặc bà con họ hàng của Người được bảo hiểm (nếu Người được bảo hiểm đã tử vong) cùng với nhân chứng ký.