

ĐƠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**A. THÔNG TIN CHUNG**

▪ **Số Hợp đồng bảo hiểm:** _____

▪ **Bên mua bảo hiểm:** _____
Địa chỉ liên lạc: _____
Điện thoại: _____ Email: _____

▪ **Người được bảo hiểm:** _____ Điện thoại: _____
Địa chỉ liên lạc: _____

▪ **Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (KHÔNG điền nếu là Bên mua bảo hiểm):**
Họ tên: _____
Địa chỉ liên lạc: _____
Điện thoại: _____ Email: _____
Mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm: _____

▪ **Đại lý:** _____ Mã số: _____ Khu vực: _____ Điện thoại: _____

B. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM YÊU CẦU

Nằm viện Sinh đẻ Hỗ trợ phẫu thuật/Phẫu thuật phục hồi

Dành riêng cho Nữ giới/Nam giới Bệnh lý nghiêm trọng

Tử vong Tử vong do tai nạn

Thương tật : [] *Thương tật theo tỉ lệ* [] *Thương tật toàn bộ & vĩnh viễn*

Miễn nộp phí bảo hiểm: [] *Bệnh lý nghiêm trọng* [] *Thương tật toàn bộ & vĩnh viễn* [] *Tử vong*

Quyền lợi bảo hiểm khác: _____

C. THÔNG TIN Y TẾ (từ trước đến nay)

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: _____



Số Hợp đồng bảo hiểm: _____

E. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

<input type="checkbox"/> Đóng phí kỳ sau	<input type="checkbox"/> Tiền mặt
<input type="checkbox"/> Nhận tiền bằng Chứng minh nhân dân tại Ngân hàng:	
▪ Số CMND: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____	
▪ Ngân hàng: _____ Chi nhánh Ngân hàng: _____	
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản:	
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản vào Tài khoản đã đăng ký chuyển khoản tự động	
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản vào Tài khoản sau:	
▪ Tên tài khoản: _____ Số tài khoản: _____	
▪ Ngân hàng: _____ Chi nhánh Ngân hàng: _____	

F. KHAI BÁO THUẾ

Khai báo thuế dành cho công dân Mỹ hoặc là người có nghĩa vụ khai thuế tại Mỹ hoặc có một trong các chỉ dấu sau: (i) số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Mỹ, (ii) mã số thuế tại Mỹ, hoặc (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Mỹ

Tôi/ Chúng tôi đã hoàn tất khai báo mẫu W-8BEN hoặc W-8BEN-E hoặc W-9

Trong trường hợp Quý khách quyết định không điền vào phần này, bằng việc ký tên bên dưới Quý khách xác nhận về việc đồng ý với các điều khoản được nêu tại Mục G dưới đây.

G. CAM KẾT KHAI BÁO THUẾ

- Tôi/Chúng tôi không phải là công dân Mỹ, hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Mỹ hoặc có một trong các chỉ dấu sau: (i) số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Mỹ, hoặc (ii) mã số thuế tại Mỹ, hoặc (iii) nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Mỹ vào thời điểm yêu cầu quyền lợi bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm; và
- Nếu có bất kỳ thay đổi nào liên quan đến các thông tin đề cập tại Mục F, tôi/chúng tôi sẽ thông báo cho Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) trong vòng 30 ngày kể từ ngày có phát sinh thay đổi; và
- Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) sẽ được quyền thực hiện các công việc cần thiết để tuân thủ các quy định của pháp luật hiện hành, bao gồm cả việc thu thập và cung cấp thông tin của tôi/chúng tôi cho các cơ quan có thẩm quyền trong và ngoài nước để đáp ứng các yêu cầu của pháp luật.

H. 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:

- Công ty TNHH Manulife (Việt Nam) 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.

Người xác nhận thông tin	Chữ ký	Họ tên	Ngày
Bên mua bảo hiểm (BMBH)			
Đại lý			
Quản lý kinh doanh			

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

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.