

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM



I. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG:

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (HĐBH) số:
Bên mua bảo hiểm (BMBH):
Người yêu cầu giải quyết QLBH (nếu khác BMBH):
Địa chỉ liên lạc :
Điện thoại:
Email:

II. THÔNG TIN SỰ KIẾN BẢO HIỂM (SKBH):

1. Người xảy ra SKBH:

2. Loại SKBH (vui lòng chọn và điền đầy đủ thông tin liên quan sự kiện cần giải quyết):

○ **Quyền lợi Chăm sóc sức khỏe:**

- Quyền lợi nằm viện:
 - Ngày vào viện:
 - Ngày ra viện:
 - Chẩn đoán khi ra viện (trên GRV):
- Quyền lợi nằm viện tại khoa sản sóc đặc biệt: Từ ngày đến ngày
- Quyền lợi phẫu thuật:
 - Ngày phẫu thuật:
 - Phương pháp phẫu thuật:

○ **Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo:**

- Ngày phát hiện bệnh:
- Triệu chứng bệnh:
- Ngày được chẩn đoán bệnh:
- Chẩn đoán khi ra viện (trên GRV):

○ **Quyền lợi Tử vong:**

- Ngày tử vong:
- Nguyên nhân tử vong:
- Nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm:

○ **Quyền lợi Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn/ Thương tật do tai nạn:**

- Ngày xảy ra sự kiện:
- Nguyên nhân:
- Tình trạng thương tật hiện tại:



Đánh dấu vào ô tình trạng thương tật của Người được bảo hiểm nếu có tham gia sản phẩm **Phú – Tâm An**

Thương tật vĩnh viễn (nộp kèm Chứng nhận phẫu thuật)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mất cả hai tay | <input type="checkbox"/> Mất cả hai chân | <input type="checkbox"/> Mất cả hai mắt |
| <input type="checkbox"/> Mất một tay và một chân | <input type="checkbox"/> Mất một tay và một mắt | <input type="checkbox"/> Mất một chân và một mắt |
| <input type="checkbox"/> Chấn thương sọ não | | <input type="checkbox"/> Mất một tay |
| <input type="checkbox"/> Mất một chân | | |
| <input type="checkbox"/> Mất một mắt | <input type="checkbox"/> Mất một ngón tay cái | <input type="checkbox"/> Mất một ngón tay |
| <input type="checkbox"/> Mất tất cả các ngón trên một bàn tay | | <input type="checkbox"/> Mất một ngón chân |

Chấn thương cơ quan nội tạng (nộp kèm Phim X quang, Chứng nhận phẫu thuật, kết quả xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CT, MRI - nếu có)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vỡ lách | <input type="checkbox"/> Vỡ gan | <input type="checkbox"/> Vỡ tuyến tụy |
| <input type="checkbox"/> Rách hoặc đứt niệu đạo | <input type="checkbox"/> Rách thành bàng quang | <input type="checkbox"/> Đứt niệu quản |
| <input type="checkbox"/> Chấn thương hai thận | <input type="checkbox"/> Thủng dạ dày hoặc ruột non hoặc đại tràng | |
| <input type="checkbox"/> Tràn khí màng phổi, hoặc tràn máu màng phổi do chấn thương từ bên ngoài | | |
| <input type="checkbox"/> Rách vỏ thận, vỡ thận, rách lớp vỏ thận, đứt chỗ nối giữa bể thận - niệu quản, huyết khối động mạch thận | | |

Gãy xương (nộp kèm Phim X- quang)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gãy xương cổ tay | <input type="checkbox"/> Gãy xương khuỷu tay | <input type="checkbox"/> Gãy xương mắt cá chân |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương sườn | <input type="checkbox"/> Gãy xương ức | <input type="checkbox"/> Gãy xương đòn |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương chậu | <input type="checkbox"/> Gãy xương cụt | <input type="checkbox"/> Gãy xương khác..... |
| <input type="checkbox"/> Gãy xương cột sống (ngoại trừ xương cụt) | | |
| <input type="checkbox"/> Gãy một hoặc nhiều xương ở chân (xương đùi, xương bánh chè, xương chày và xương mác) | | |
| <input type="checkbox"/> Gãy một hoặc nhiều xương ở cánh tay (xương cánh tay, xương quay, xương trụ) | | |
| <input type="checkbox"/> Xương bàn tay /Xương ngón tay /Xương bàn chân /Xương ngón tay cái /Xương ngón chân /Xương mũi | | |

Phồng

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Phồng độ 3 (ít nhất 20% diện tích da cơ thể) | <input type="checkbox"/> Phồng độ 3 (ít nhất 15% diện tích da cơ thể) |
| <input type="checkbox"/> Phồng độ 3 (ít nhất 9% diện tích da cơ thể) | <input type="checkbox"/> Phồng độ 2 (ít nhất 20% diện tích da cơ thể) |

Lưu ý: Các chứng từ yêu cầu nộp kèm bên trên là các giấy tờ cần thiết cho việc thẩm định giải quyết quyền lợi bảo hiểm. Quý khách có thể được yêu cầu bổ sung thêm thông tin trong thời gian Prudential thẩm định hồ sơ.

- **Quyền lợi Khác** (vui lòng ghi rõ):
- Ngày xảy ra sự kiện:
 - Nguyên nhân /Chẩn đoán:



III. THÔNG TIN THANH TOÁN:

(*): Vui lòng sử dụng CMND còn hạn sử dụng 15 năm kể từ ngày cấp khi nhận tiền

- Chuyển đóng phí cho hợp đồng: Bên mua bảo hiểm:
- Hoàn trả tạm ứng cho hợp đồng: Bên mua bảo hiểm:
- Nhận tiền mặt tại Văn phòng Prudential Tỉnh/ Thành phố (≤ 150 triệu) (*):
- Nhận tiền qua Ngân hàng (*)

Tên NH:..... Chi nhánh: Tỉnh /TP:

Địa chỉ NH:

<i>Chuyển khoản</i>	<i>Nhận tiền mặt tại NH</i>
Số TK:	Họ tên người nhận tiền:
Tên chủ TK:	CMND số:
CMND số:	Ngày cấp: Nơi cấp:

(*) Thông tin về Người nhận tiền khác Bên mua bảo hiểm	
Ngày sinh:	Quốc gia nơi cư trú:
Quốc tịch:	Mối quan hệ với BMBH:

IV. CAM KẾT:

Tôi xin cam đoan những điều nêu trên là hoàn toàn đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của những thông tin này.

Ngày/ /.....

Bên mua bảo hiểm

Người yêu cầu GQQLBH

Tư vấn viên

.....
(Ký và ghi rõ họ tên)

.....
(Ký và ghi rõ họ tên)

.....
(Ký và ghi rõ họ tên)