

**PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM
HỖ TRỢ VIỆN PHÍ (PHÚ AN TÂM)**



I. Thông tin hợp đồng:

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (HĐBH) số:

Bên mua bảo hiểm cũng là Người được bảo hiểm:

Địa chỉ liên hệ: *Số nhà/Đường*

Phường/Xã.....*Quận/Huyện*.....*Tỉnh/TP*.....

Email:.....Điện thoại: *ĐTĐD*.....*Cơ quan*:.....*Nhà riêng*:.....

II. Quyền lợi bảo hiểm (QLBH) đề nghị giải quyết: *(vui lòng điền đầy đủ vào các ô dưới đây)*

Trợ cấp viện phí:

Ngày nhập viện	Ngày ra viện	Tên bệnh viện điều trị
...../...../...../...../.....	
...../...../...../...../.....	

Quý khách có được bảo hiểm nhân thọ bởi công ty nào khác ngoài Prudential hay không? Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết:

Tên công ty bảo hiểm	(Các) hợp đồng số:

Quý khách vui lòng cho biết: chi phí thanh toán cho lần nằm viện này là:đồng, trong đó BHYT (nếu có) là.....đồng hoặc%

III. Hồ sơ yêu cầu giải quyết QLBH: *Xin quý khách lưu ý Prudential sẽ tiến hành thẩm định ngay sau khi nhận đầy đủ thủ tục thanh toán như quy định tại điều khoản hợp đồng.*

1. Giấy ra viện / Giấy chuyển viện (Nộp đủ để tiến hành thẩm định) Số lượng
2. Tóm tắt bệnh án (Nộp khi có yêu cầu bổ sung trong thời gian thẩm định hồ sơ) Số lượng
- Giấy tờ khác (nếu có):.....

IV. Hình thức thanh toán: *(Vui lòng sử dụng CMND còn trong hạn sử dụng 15 năm kể từ ngày cấp khi nhận tiền)*

Chuyển đóng phí cho hợp đồng Bên mua bảo hiểm

Nhận tiền qua Ngân hàng:

Tên NH: Chi nhánh: Tỉnh /TP:.....

Địa chỉ NH:

Chuyển vào tài khoản (chỉ áp dụng nếu tài khoản nhận tiền là tài khoản của người nhận quyền lợi bảo hiểm)

Số TK:

Tên chủ TK:

CMND số:

Nhận tiền mặt tại NH Agribank hoặc Vietcombank bằng CMND (chỉ áp dụng nếu số CMND là của người nhận quyền lợi bảo hiểm)

Họ tên người nhận tiền:

CMND số:

Ngày cấp:Nơi cấp:

Nhận tiền mặt tại Văn phòng Prudential tỉnh /thành phố.....

Lưu ý: chỉ áp dụng cho số tiền chi trả tối đa 150 triệu đồng.

Hoàn trả tạm ứng cho hợp đồng..... Bên mua bảo hiểm

CAM KẾT:

Tôi/ chúng tôi cam kết rằng những thông tin được cung cấp trên đây và bất cứ thông tin nào khác cung cấp cho Công ty Prudential đều là sự thật và cam kết rằng không có điều gì bị che giấu hoặc bị làm sai lệch.

Tôi/ chúng tôi đồng ý để Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Prudential Việt Nam thu thập những thông tin về y tế vào bất cứ thời gian nào, từ bất cứ các bệnh viện/ bác sĩ nào đã khám, chẩn đoán và điều trị cho tôi/ chúng tôi hoặc thu thập những thông tin có liên quan đến tôi/ chúng tôi từ bất cứ công ty bảo hiểm, tổ chức, cá nhân nào khác.

Ngày/...../..... (Bên mua bảo hiểm ký và ghi rõ họ tên)	PHẦN DÀNH CHO PRUDENTIAL
	Ngày nhận: Văn phòng phục vụ:
	Ký và ghi rõ họ tên:

