

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) số:

I. THÔNG TIN CHUNG

1. Người được bảo hiểm (NĐBH):

2. Bên mua bảo hiểm (BMBH):

Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (GQQLBH) nếu khác BMBH:

Mối quan hệ với BMBH (Người yêu cầu GQQLBH là Người thụ hưởng của HĐBH, hoặc Bố, mẹ hoặc vợ, chồng, con từ đủ 18 tuổi trở lên, hoặc Anh, chị, em ruột của BMBH): Vui lòng đính kèm Bản sao có

chứng thực chứng từ chứng minh Mối quan hệ và Chứng từ nhân thân của Người yêu cầu GQQLBH nếu khác BMBH

Địa chỉ liên hệ (thông tin cần thiết):

Điện thoại (thông tin cần thiết): Email (thông tin cần thiết):

II. YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TRỢ CẤP VIỆN PHÍ VÀ CHI PHÍ PHẪU THUẬT

Quyền lợi Trợ cấp viện phí hàng ngày - Phòng chăm sóc bình thường
Ngày nhập viện: Ngày ra viện:

Quyền lợi Trợ cấp viện phí hàng ngày - Phòng chăm sóc đặc biệt (ICU)
Ngày nhập viện: Ngày ra viện:

Quyền lợi Trợ cấp chi phí Phẫu thuật

Quyền lợi Trợ cấp chi phí Đại phẫu

III. YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TỬ VONG/ BỆNH HIỂM NGHÈO/ THƯƠNG TẬT

Tử vong Quyền lợi Bảo hiểm Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn

Quyền lợi Bảo hiểm Thương tật do tai nạn Quyền lợi Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo/ Bệnh hiểm nghèo giai đoạn đầu

Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm:

Nguyên nhân sự kiện bảo hiểm: Do Tai nạn Không do Tai nạn

Chi tiết liên quan đến sự kiện bảo hiểm (ngày phát hiện ban đầu, chẩn đoán bệnh, mô tả thương tật...):

THÔNG TIN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM KHÁC

1. Nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu theo diện bảo hiểm y tế:

Số thẻ bảo hiểm y tế:

2. Quý khách có yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại (các) Công ty bảo hiểm khác không?

Tên Công ty bảo hiểm

Hợp đồng số

Loại Quyền lợi bảo hiểm

Số tiền bảo hiểm

.....

.....

.....

IV. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

Quyền lợi bảo hiểm sẽ được chi trả cho Bên mua bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng theo quy định tại Quy tắc và Điều khoản hợp đồng. Trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm là Người được ủy quyền, cần có Giấy ủy quyền theo quy định của Pháp luật.

Vui lòng đánh dấu vào “X” vào ô tương ứng nếu Người nhận quyền lợi bảo hiểm thuộc nhóm “Người tiêu dùng dễ bị tổn thương” (theo Luật Bảo vệ quyền lợi người tiêu dùng) và có thể cần hỗ trợ đặc biệt từ FWD:

- Người cao tuổi (≥ 60 tuổi)
- Trẻ em (<16 tuổi)
- Người khuyết tật
- Người dân tộc thiểu số và/hoặc sống ở vùng đồng bào dân tộc thiểu số, miền núi, hải đảo, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, người không biết chữ
- Phụ nữ mang thai/nuôi con dưới 36 tháng tuổi
- Người bị bệnh hiểm nghèo
- Thành viên hộ nghèo (Khu vực nông thôn: thu nhập 1.500.000 đồng/người/tháng - Khu vực thành thị: thu nhập 2.000.000 đồng/người/tháng)

Trong trường hợp cần thiết, FWD có quyền yêu cầu chứng từ chứng minh Người nhận quyền lợi bảo hiểm là người tiêu dùng dễ bị tổn thương theo quy định.

Chuyển đóng phí bảo hiểm/ Hoàn trả khoản vay/ Hoàn trả phí bảo hiểm tự động

Hợp đồng bảo hiểm số	Bên mua bảo hiểm	Số tiền (đồng)	Kỳ phí bảo hiểm

Chuyển khoản

Số tài khoản: Chủ tài khoản:

Ngân hàng: Chi nhánh:

Nhận tiền mặt qua Ngân hàng

Người nhận tiền:

Số CMND/CCCD: Ngày cấp: Nơi cấp:

Ngân hàng: Chi nhánh:

Địa chỉ:

ĐIỀU KHOẢN CUNG CẤP THÔNG TIN THEO YÊU CẦU CỦA ĐẠO LUẬT THUẾ ĐỐI VỚI CHỦ TÀI KHOẢN Ở NƯỚC NGOÀI (GỌI TẮT LÀ: “ĐẠO LUẬT FATCA”) CỦA HOA KỲ:

(Vui lòng đánh dấu “X” vào lựa chọn tương ứng)

Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi: Không/ Có

. có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ; hoặc

. có một trong các chỉ dấu sau: (i) hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ hoặc (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.

Lưu ý: Nếu Quý khách đánh dấu “X” vào ô Có, Quý khách vui lòng bổ sung tờ khai W9 hoặc W8BEN/ W8BEN-E và nộp kèm theo hồ sơ bổ sung phù hợp với nội dung kê khai trên tờ khai.

Trong trường hợp Tôi/Chúng tôi thuộc đối tượng chịu thuế được quy định bởi Đạo luật FATCA, Tôi/Chúng tôi đồng ý cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin sau đây cho Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ FWD Việt Nam (“Công ty”): Họ và tên; Số hộ chiếu hoặc giấy tờ chứng minh Tôi/Chúng tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ; Mã số thuế tại Hoa Kỳ; Nơi sinh, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ; Địa chỉ liên lạc, địa chỉ hộp thư tại Hoa Kỳ; và Công ty được phép cung cấp các thông tin nói trên và các thông tin khác liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm cho các cơ quan có thẩm quyền của Việt Nam, cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ phù hợp với nghĩa vụ của người phải khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

V. CAM KẾT

Bằng việc ký tên dưới đây, Tôi/Chúng tôi cam đoan và thừa nhận rằng:

- Tôi/Chúng tôi cam kết rằng tất cả thông tin kê khai tại Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này là hoàn toàn chính xác, đúng sự thật và chịu trách nhiệm về tính chính xác của các thông tin được kê khai trên đây.
- Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng Xử lý dữ liệu là một hoặc nhiều hoạt động tác động tới dữ liệu cá nhân như thu thập, ghi, phân tích, xác nhận, lưu trữ, chỉnh sửa, công khai, kết hợp, truy cập, truy xuất, thu hồi, mã hóa, giải mã, sao chép, chia sẻ, truyền đưa, cung cấp, chuyển giao, xóa, hủy dữ liệu cá nhân hoặc các hành động khác có liên quan. Việc xử lý dữ liệu sẽ được Công ty thực hiện bắt đầu từ thời điểm Tôi/Chúng tôi cung cấp và/hoặc Công ty thu thập, bằng một cách trực tiếp hoặc gián tiếp, cho đến khi Tôi/Chúng tôi có thỏa thuận khác với Công ty hoặc pháp luật có quy định khác.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý và cho phép Công ty được toàn quyền thu thập, sử dụng, phân tích hay thực hiện các hoạt động xử lý dữ liệu khác như nêu tại mục 2) trên đây, dù dưới bất kỳ hình thức nào và không cần thêm bất kỳ thông báo hay đồng ý từ Tôi/Chúng tôi hay bên thứ ba nào khác, toàn bộ dữ liệu cá nhân (bao gồm dữ liệu cá nhân cơ bản và dữ liệu cá nhân nhạy cảm) của Tôi/Chúng tôi cũng như các thông tin, hình ảnh, tài liệu khác do Bên mua bảo hiểm và/hoặc Người được bảo hiểm cung cấp, hoặc các thông tin, tài liệu giao dịch liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà Công ty có được nhằm mục đích giải quyết chi trả quyền lợi bảo hiểm, chăm sóc khách hàng, giới thiệu sản phẩm, dịch vụ của Công ty, phòng chống trục lợi bảo hiểm, tuân thủ pháp luật về phòng chống rửa tiền và tài trợ khủng bố, nghiên cứu, đánh giá tình hình tài chính, khả năng thanh toán, mức độ đầy đủ vốn, yêu cầu vốn, xử lý và quản trị cơ sở dữ liệu, thực hiện xử lý thông tin, tư vấn hay cung cấp thông tin liên quan đến sản phẩm hay dịch vụ, nghiên cứu, điều tra, đánh giá chất lượng công việc hay cho bất kỳ mục đích nào khác để phục vụ hoạt động kinh doanh của Công ty.
- Cho các mục đích đã đề cập tại mục 3), Tôi/Chúng tôi đồng ý thêm rằng vào mọi thời điểm, Công ty được quyền chuyển giao cho công ty mẹ, các công ty con, công ty thành viên, cá nhân/đơn vị liên kết trong cùng Tập đoàn FWD và/hoặc bất kỳ bên thứ ba nào khác, dù trong hay ngoài lãnh thổ Việt Nam và dưới bất kỳ hình thức nào, toàn bộ các thông tin, dữ liệu nêu tại mục 3) trên để thực hiện xử lý dữ liệu mà không cần phải thông báo hay xin phép hay đạt được bất kỳ chấp thuận nào thêm từ Tôi/Chúng tôi hay bất kỳ bên thứ ba nào.
- Toàn bộ thông tin trên đây được cung cấp, thu thập một cách hợp pháp, đầy đủ, chính xác, đúng sự thật và Tôi/Chúng tôi đã nhận được sự đồng ý và tự nguyện của chủ thể dữ liệu liên quan trong việc cung cấp thông tin cũng như cấp quyền cho Công ty thực hiện việc xử lý, chuyển giao dữ liệu, thông tin theo quy định tại mục 3) và 4) trên đây và cam kết chịu mọi trách nhiệm phát sinh trong trường hợp không thực hiện đúng, đầy đủ các cam đoan này.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý thêm rằng tất cả sự cho phép, cấp quyền hay cam kết của Tôi/Chúng tôi sẽ tiếp tục có hiệu lực kể cả trong trường hợp Hợp đồng bảo hiểm với Công ty bị chấm dứt vì bất kỳ lý do gì, trừ trường hợp Tôi/Chúng tôi/chủ thể dữ liệu có quyết định khác hoặc cơ quan nhà nước có thẩm quyền yêu cầu bằng văn bản.
- Ngoài ra, Tôi/Chúng tôi xác nhận đã đọc, hiểu, và chấp thuận toàn bộ với các điều khoản và điều kiện của Chính Sách Bảo Mật Và Bảo Vệ Dữ Liệu Cá Nhân (“Chính sách”) của Công ty được đăng tải tại <https://www.fwd.com.vn/vi/online-security> trước khi lập và ký vào Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này. Theo đó, Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép Công ty thực hiện việc xử lý dữ liệu cá nhân của Tôi/Chúng tôi theo các điều khoản và điều kiện đã được nêu trong Chính sách này của Công ty.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý uỷ quyền cho Công ty và đối tác của Công ty được quyền liên hệ với các cơ sở y tế (Bệnh viện, Trung tâm y tế, Phòng khám ...), bác sĩ hay tất cả các cá nhân, cơ quan, tổ chức có liên quan để tìm hiểu và thu thập thông tin về quá trình khám, điều trị, thông tin sức khoẻ của Người được bảo hiểm nhằm phục vụ quá trình giải quyết QLBH.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng ngay sau khi FWD Việt Nam hoàn tất thủ tục chuyển tiền/ thanh toán theo đúng các nội dung yêu cầu nêu trên, FWD Việt Nam đã thanh toán đầy đủ và hoàn thành trách nhiệm đối với việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm được kê khai ở Phiếu yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này và Tôi/ Chúng tôi cam kết không có bất kỳ khiếu nại gì đối với FWD Việt Nam về sau.

Bên mua bảo hiểm (Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)	Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)	Tư vấn tài chính (Vui lòng ký tên và ghi rõ họ tên)
Họ và tên: Ngày: ____ / ____ / ____	Họ và tên: Ngày: ____ / ____ / ____	Họ và tên: Mã số: Điện thoại liên hệ: Ngày: ____ / ____ / ____