

Số hợp đồng bảo hiểm (Vui lòng liệt kê tất cả các hợp đồng có cùng NĐBH):

I. THÔNG TIN CHUNG

▶ Bên mua bảo hiểm:

Số CMND:

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại:

Email:

▶ Người được bảo hiểm:

Số CMND:

Nghề nghiệp hiện tại:

Chi tiết công việc:

Số thẻ bảo hiểm y tế:

Nơi đăng ký KCB ban đầu:

Địa chỉ thường trú:

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại:

Email:

Nếu người được bảo hiểm là trẻ em, xin vui lòng ghi rõ tên trường/lớp học:

▶ Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (KHÔNG ĐIỀN NẾU CŨNG LÀ BÊN MUA BẢO HIỂM):

Họ tên:

Số CMND:

Địa chỉ liên hệ:

Điện thoại:

Email:

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm :

▶ Chuyên viên tư vấn:

Mã số:

Khu vực:

Điện thoại:

II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM YÊU CẦU (Quý khách vui lòng đánh dấu (X) vào ô thích hợp và cung cấp thông tin chi tiết)

Năm viện do tai nạn

Thương tật do tai nạn

Tử vong

Thương tật toàn bộ & vĩnh viễn

Miễn thu phí bảo hiểm, do: Thương tật toàn bộ & vĩnh viễn Tử vong

Bệnh hiểm nghèo: Giai đoạn đầu

Giai đoạn sau lần thứ nhất

Gian đoạn sau lần thứ hai

Bệnh ung thư theo giới tính

Quyền lợi bảo hiểm khác:

III. THÔNG TIN Y TẾ (từ trước đến nay)

Ngày khám/ Ngày nhập viện	Ngày xuất viện	Chẩn đoán bệnh/thương tổn	Tên và địa chỉ bệnh viện

Chi tiết về tử vong (nếu yêu cầu quyền lợi tử vong):

Ngày tử vong: Thời điểm tử vong: giờ phút

Nguyên nhân tử vong:

Nơi tử vong:

(ghi rõ tên bệnh viện nếu tử vong tại bệnh viện)

IV. THÔNG TIN TAI NẠN (Quý khách vui lòng cung cấp thông tin nếu thương tổn do nguyên nhân tai nạn)

Tai nạn xảy ra lúc: giờ phút ngày:

Tại:

Diễn biến tai nạn:

.....
.....
.....
.....
.....

Tình trạng thương tích:

.....
.....
.....
.....
.....

Người bị nạn được đưa đến cơ sở y tế: Có Không

Tên và địa chỉ cơ sở y tế:

V. THÔNG TIN GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TẠI CÔNG TY BẢO HIỂM KHÁC

Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tại (các) công ty bảo hiểm khác liên quan đến sự kiện bảo hiểm này của Người được bảo hiểm:

Tên công ty bảo hiểm	Số hợp đồng	Loại quyền lợi bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VI. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

Chuyển vào hợp đồng:

Số hợp đồng	Người được bảo hiểm	Số tiền (VND)	Đóng phí BH	Hoàn trả khoản tạm ứng
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chuyển vào tài khoản số: Tên chủ tài khoản:

Tại ngân hàng:

Chi nhánh/phòng Giao dịch:

Địa chỉ:

Nhận tiền mặt bằng CMND:

Người nhận tiền: Số CMND:

Ngày cấp: Nơi cấp:

Tại ngân hàng:

Chi nhánh/phòng Giao dịch:

Địa chỉ:

VII. THÔNG TIN LIÊN QUAN KHÁC

Người nhận quyền lợi bảo hiểm (Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng/Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm) là :

Công dân hoặc cư trú dài hạn hợp pháp tại Hoa Kỳ Có Không

Yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ bao gồm nơi sinh tại Hoa Kỳ và/hoặc địa chỉ tại Hoa Kỳ và/hoặc số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ Có Không

Nghĩa vụ khai báo thuế tại Hoa Kỳ Có Không

VIII. CAM KẾT VÀ ĐỒNG Ý

Tôi/chúng tôi cam kết những thông tin cung cấp trên đây là đầy đủ và đúng sự thật.

Tôi/chúng tôi ủy quyền cho bất kỳ tổ chức, công ty hay cá nhân nào có hồ sơ hay có hiểu biết về thông tin cá nhân, sức khỏe, bệnh sử hay việc điều trị của Người được bảo hiểm được phép tiết lộ cho Công ty hay người đại diện của Công ty bất cứ thông tin nào mà Công ty yêu cầu.

Tôi/chúng tôi đồng ý hợp tác với Công ty trong việc xác minh cũng như cung cấp đầy đủ các chứng từ cần thiết liên quan đến sự kiện bảo hiểm mà Công ty yêu cầu.

Tôi/chúng tôi với tư cách đại diện cho cá nhân Bên mua bảo hiểm (BMBH)/Người được bảo hiểm (NDBH) hoặc đại diện hợp pháp của người được nhận quyền lợi bảo hiểm này, theo đây:

(a) cho phép Công ty được quyền cung cấp các thông tin cá nhân của BMBH/ NĐBH/ NTH và các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm này và/hoặc các hợp đồng bảo hiểm khác có liên quan đến BMBH/ NĐBH/ NTH cho bất kỳ cơ quan nhà nước có thẩm quyền nào, bao gồm cả Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ.

(b) đồng ý và cam kết thêm rằng trong trường hợp người nhận quyền lợi bảo hiểm (BMBH/ NĐBH/ NTH/ Người yêu cầu giải quyết giải quyết quyền lợi bảo hiểm) là cá nhân/tổ chức Hoa Kỳ hoặc có yếu tố liên quan đến Hoa Kỳ sẽ ngay lập tức hoàn tất Đơn kê khai nhằm tuân thủ FATCA của MB Ageas Life và một trong các mẫu đơn FATCA cá nhân (W-9/ W-8BEN) hoặc mẫu đơn FATCA tổ chức (W-9/ W-8IMY/ W-8ECI, W-8EXP/ W-8BEN-E) của Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ.

NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

(ký tên và ghi họ tên bằng chữ thường)

Họ và tên:

Ngày: