

# Đơn Yêu Cầu Giải Quyết Quyền Lợi Bảo Hiểm

Tôi/ Chúng tôi đề nghị Shinhan Life Việt Nam xem xét chi trả quyền lợi bảo hiểm cho tôi/ chúng tôi với nội dung sau:

I. Thông tin sự kiện bảo hiểm			
Hợp đồng bảo hiểm số:			
Người được bảo hiểm có đang được bảo hiểm bởi công ty bảo hiểm nhân thọ nào khác không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <i>Nếu có, vui lòng cho biết tên công ty và số hợp đồng bảo hiểm:</i>			
Người được bảo hiểm:		Ngày sinh:	
Email:		Điện thoại:	
Địa chỉ liên hệ:			
Sự kiện bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> Nằm viện	<input type="checkbox"/> Ung thư / Bệnh hiểm nghèo	
	<input type="checkbox"/> Tai nạn / Thương tật	<input type="checkbox"/> Tử vong	
	<input type="checkbox"/> Khác:		
Ngày xảy ra:	Ngày vào viện:	Ngày ra viện:	
Nơi điều trị / xảy ra:			
Chẩn đoán ra viện:			
Phương pháp điều trị: <input type="checkbox"/> Phẫu thuật <input type="checkbox"/> Hồi sức tích cực <input type="checkbox"/> Khác:			
Tình trạng bệnh / thương tật hiện tại:			
Thông tin quá trình khám, điều trị bệnh hoặc diễn biến tai nạn hoặc các nguyên nhân khác:			
II. Thông tin nhận quyền lợi bảo hiểm			
<input type="checkbox"/> Người yêu cầu Quyền lợi bảo hiểm là Tổ chức			
<input type="checkbox"/> Người yêu cầu Quyền lợi bảo hiểm là Cá nhân, cũng là			
<input type="checkbox"/> Bên mua bảo hiểm <input type="checkbox"/> Người thụ hưởng <input type="checkbox"/> Người được ủy quyền			
Họ tên Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:			
Ngày sinh:	Quốc tịch:	Nghề nghiệp:	Chức vụ:
Số CMND/Căn cước/Hộ chiếu:	Ngày cấp:	Nơi cấp:	
Địa chỉ thường trú:			
Nơi ở hiện tại (nếu khác Địa chỉ thường trú):			
Email:		Điện thoại:	

<b>Phương thức nhận Quyền lợi bảo hiểm:</b>	
<input type="checkbox"/> Đóng phí	Hợp đồng bảo hiểm số:
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	Theo số tài khoản:
	Người nhận tiền:
<input type="checkbox"/> Nhận tiền mặt tại Ngân hàng	Ngân hàng:
	Chi nhánh:
	Giấy tờ tùy thân:
	Ngày cấp: <span style="float: right;">Nơi cấp:</span>

### III. Cam kết và Xác nhận thông tin

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi /chúng tôi cam kết, và đồng ý rằng:

- Thông tin được tôi/chúng tôi cung cấp là đầy đủ, chính xác, đúng sự thật và tôi/chúng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật đối với các thông tin này. Bản sao của các chứng từ y tế hoặc bất kỳ chứng từ nào liên quan đến Sự kiện bảo hiểm được tôi/chúng tôi cung cấp cho Shinhan Life Việt Nam có giá trị như bản chính.
- Tôi/Chúng tôi đồng ý ủy quyền cho Shinhan Life Việt Nam được liên hệ bất kỳ tổ chức, cơ quan nhà nước có thẩm quyền, công ty, cơ sở y tế, bác sỹ hay cá nhân nào để thu thập thông tin y tế (bao gồm cả bệnh HIV/AIDS), thông tin tài chính, thông tin nhân thân, và các thông tin cần thiết khác của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm /Người thụ hưởng/ Người thừa kế để phục vụ cho tiến trình giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi hiểu những thông tin được yêu cầu từ Shinhan Life Việt Nam là cần thiết cho việc xử lý yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về bất kỳ tranh chấp nào liên quan đến quyền nhận quyền lợi bảo hiểm hoặc hành vi trục lợi bảo hiểm.
- Tôi/Chúng tôi không là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các chỉ dấu sau: số hộ chiếu hoặc các giấy tờ cư trú tại Hoa Kỳ; mã số thuế tại Hoa Kỳ; hoặc nơi sinh, số điện thoại, địa chỉ liên lạc tại Mỹ vào thời điểm yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm. Trường hợp là công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ kê khai thuế tại Hoa Kỳ hoặc có một trong các chỉ dấu nêu trên, tôi/chúng tôi hiểu rằng cần phải hoàn thành các biểu mẫu khai báo thuế theo yêu cầu, *vui lòng đánh dấu chọn vào*

<b>Chữ ký Người yêu cầu Giải quyết quyền lợi bảo hiểm</b>	<b>Chữ ký Đại lý bảo hiểm / Nhân viên tư vấn của đại lý bảo hiểm tổ chức / Người làm chứng</b>
Họ tên:	Họ tên:
Ngày ký:	Ngày ký: