

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM DU LỊCH

Pacific Cross Vietnam

A. CHI TIẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên Người được Bảo hiểm: _____
Ngày/tháng/năm sinh: _____ Số hộ chiếu: _____
Số điện thoại: _____ Email: _____

B. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM

1. Yêu cầu bảo hiểm cho quyền lợi:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chi phí y tế (*) | <input type="checkbox"/> Mất giấy tờ du lịch |
| <input type="checkbox"/> Trợ giúp khẩn cấp (*) | <input type="checkbox"/> Tiền cá nhân |
| <input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân (*) | <input type="checkbox"/> Chuyển đi bị trì hoãn |
| <input type="checkbox"/> Hành lý và đồ dùng cá nhân | <input type="checkbox"/> Rút ngắn chuyến đi |
| <input type="checkbox"/> Hành lý đến chậm | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

2. Thời gian và địa điểm xảy ra Sự kiện bảo hiểm:

a. Thời gian (giờ/ngày/tháng/năm): _____
b. Địa điểm: _____

3. Nguyên nhân/tình huống dẫn đến Sự kiện bảo hiểm: (vui lòng mô tả vắn tắt)

Có biên bản của cảnh sát không?

- Không Có. Vui lòng cung cấp cho chúng tôi bản sao

4. Các chứng từ thanh toán đã nộp (nếu không đủ chỗ, vui lòng đính kèm các chi tiết bổ sung)

Mã số của chứng từ	Chi tiết thanh toán (chi phí khám, điều trị, ...)	Số tiền (vui lòng ghi rõ đơn vị tiền tệ)

TỔNG CỘNG

5. Phương thức nhận tiền bảo hiểm:

- Tiền mặt (số tiền < 20.000.000 VNĐ) Chuyển khoản (Vui lòng điền chi tiết thông tin tài khoản VNĐ dưới đây)

Tên chủ tài khoản: _____

Số tài khoản: _____

Tên ngân hàng: _____

Nếu chỉ định tài khoản không phải là tài khoản của Người được Bảo hiểm, xin vui lòng nêu rõ lý do:

C. CAM KẾT & ỦY QUYỀN

Tôi cam kết rằng:

- Những câu trả lời và thông tin mà Tôi cung cấp cho Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hùng Vương và bên dịch vụ quản lý bảo hiểm - Công ty TNHH MTV Pacific Cross Việt Nam (sau đây gọi chung là “Công ty”) là chính xác, đầy đủ và có thật.
- Tôi đã cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin cá nhân của mình cho Công ty. Tôi đã biết rõ loại dữ liệu cá nhân sẽ được xử lý cũng như các quyền và nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu theo quy định của pháp luật về bảo vệ dữ liệu cá nhân. Tôi tự nguyện và hoàn toàn đồng ý và cho phép Công ty xử lý dữ liệu cá nhân của mình cho các mục đích liên quan đến Giấy yêu cầu này.
- Đối với thông tin, dữ liệu cá nhân của chủ thể dữ liệu khác có liên quan mà Tôi cung cấp cho Công ty, Tôi cam kết rằng Tôi hoàn toàn được sự chấp thuận, đồng ý của chủ thể dữ liệu đó để cung cấp cho Công ty và hoàn toàn chịu trách nhiệm về việc cung cấp thông tin, dữ liệu cá nhân này.
- Tôi đồng ý cho bất kỳ bác sĩ có giấy phép hành nghề, nhân viên y tế, bệnh viện, phòng khám, hoặc cơ sở y tế liên quan khác, công ty bảo hiểm hoặc tổ chức khác, cơ quan hay cá nhân nào mà có bất cứ hồ sơ sức khỏe hay hiểu biết về tình trạng sức khỏe của tôi, được quyền cung cấp cho Công ty bất kỳ thông tin nào liên quan. Một bản sao của giấy ủy quyền này cũng có giá trị như bản gốc.
- Trường hợp Tôi chỉ định tài khoản nhận tiền chi trả quyền lợi được bảo hiểm không phải là tài khoản của Người được Bảo hiểm theo Hợp đồng, Tôi cam kết: tự chịu trách nhiệm và tự chịu các rủi ro pháp lý; cam kết không tranh chấp, khiếu nại bất kỳ nội dung liên quan đến việc Công ty đã chi trả theo sự chỉ định của Tôi theo Giấy yêu cầu này.
- Tôi, ký tên dưới đây, hiểu rằng nếu Tôi không cung cấp bất cứ thông tin nào được yêu cầu trong Giấy này thì có thể dẫn đến việc Công ty không thể xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Giấy yêu cầu này.

Ngày ký (ngày/tháng/năm)

Tên và chữ ký của Người được Bảo hiểm
(Cha/ Mẹ/ Người giám hộ hợp pháp ký thay nếu
Người được Bảo hiểm dưới 18 tuổi)

LƯU Ý: Quý khách vui lòng thu thập đầy đủ và cung cấp cho chúng tôi các chứng từ sau:

CHỨNG TỪ BẮT BUỘC	CHỨNG TỪ DÀNH RIÊNG KHÁC
<ol style="list-style-type: none"> Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm với đầy đủ thông tin và chữ ký. Bản sao tất cả trang Hộ chiếu, Thị thực liên quan. Bản sao vé máy bay, thẻ lên máy bay. Hóa đơn, phiếu thu và Bảng kê tương ứng. 	<p>Chi phí y tế: Hồ sơ y tế và tất cả chứng từ liên quan. (có thể hiện thông tin “Chẩn đoán”)</p> <p>Chuyến đi, Hành lý, đồ dùng & tiền cá nhân:</p> <ol style="list-style-type: none"> Chứng từ chứng minh giá trị của các đồ vật bị thiệt hại. Văn bản xác nhận sự kiện bảo hiểm của hãng vận chuyển, hoặc bên thứ ba. Biên bản tường trình có xác nhận của hãng vận chuyển, cơ sở lưu trú, cảnh sát. Các chứng từ liên quan khác.

- Chúng tôi sẽ yêu cầu Quý khách bổ sung thêm các chứng từ cần thiết khác tùy từng trường hợp cụ thể.
- Quý khách vui lòng thu thập và giữ bản gốc các chứng từ liên quan. Trường hợp hồ sơ của Quý khách đã hợp lệ, bản gốc chứng từ cần được gửi về Công ty để hoàn tất hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này.

(*) Trường hợp yêu cầu bảo hiểm cho quyền lợi “Chi phí y tế”, “Trợ giúp khẩn cấp” và “Tai nạn cá nhân”, Quý khách vui lòng cung cấp thêm mục “**Báo cáo của Bác sĩ điều trị**” ở trang tiếp theo.

D. BÁO CÁO CỦA BÁC SĨ THAM GIA ĐIỀU TRỊ

 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Ngày thăm khám:

 ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Ngày nhập viện:

Giờ:

Ngày xuất viện:

Giờ:

Chẩn đoán	Ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên	Ngày thăm khám đầu tiên cho bệnh đó	Điều trị trước đó đã thực hiện cho triệu chứng/chẩn đoán đó	
			Ngày điều trị	Tên Bác sĩ & Bệnh viện
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Nếu bệnh là một biến chứng, vui lòng cho biết những triệu chứng của nó bắt đầu vào ngày nào?

Ngày/tháng/năm:

2. Có thực hiện thủ thuật/phẫu thuật không?

 Có Không

3. Có yêu cầu thăm khám sau phẫu thuật không?

 Có Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ các ngày thăm khám (ngày/tháng/năm):

4. Có bệnh tật hoặc vấn đề sức khỏe khác ảnh hưởng đến bệnh hiện tại không?

 Có Không

Nếu có, vui lòng mô tả:

5. Chẩn đoán có liên quan đến vấn đề về nha khoa, thai sản, sảy thai hoặc các vấn đề liên quan không?

 Có Không

Nếu có, vui lòng mô tả:

6. Chẩn đoán có liên quan đến các tình trạng bẩm sinh/di truyền/các bất thường phát triển/khuyết tật bẩm sinh/béo phì?

 Có Không

Nếu có, vui lòng mô tả:

7. Bác sĩ có xem việc thăm khám này là sự điều trị liên tục cho một bệnh mãn tính?

 Có Không

8. Đây có phải là việc kiểm tra y tế tổng quát thường lệ hay việc tiêm ngừa không?

 Có Không

9. Bệnh này có liên quan đến tai nạn không?

 Có Không

Nếu có, vui lòng cho biết tai nạn xảy ra khi nào:

Khoảng giờ nào:

Tính chất của tai nạn là gì?

10. Bác sĩ có yêu cầu làm Vật lý trị liệu?

 Có Không

11. Đối với Điều trị ngoại trú: Bệnh có liên quan đến việc nằm viện trước đó không?

 Có Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ ngày nhập viện (ngày/tháng/năm):

XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ/

BÁC SĨ PHẪU THUẬT CHÍNH

Ký và ghi rõ họ tên

Tên Bệnh viện:

Số điện thoại:

Thư điện tử:

Địa chỉ: