

GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM SỨC KHỎE

Pacific Cross Vietnam

A. CHI TIẾT NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên đầy đủ: Điện thoại:
Số Căn cước/CCCD/Hộ chiếu: Số Hợp đồng:
Email: Mã số:

B. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM

1. Thông tin y tế:

a. Là kết quả của Bệnh hay Tai nạn?	<input type="checkbox"/> Bệnh	<input type="checkbox"/> Tai nạn
b. Bộ phận nào của cơ thể bị bệnh/bị thương?		
c. Triệu chứng đầu tiên là gì? Và xuất hiện khi nào?		
d. Tên bệnh/chẩn đoán của bác sĩ?		
e. Thời gian thăm khám/điều trị lần đầu tiên là khi nào? (ngày/tháng/năm)		
f. Nơi đầu tiên đến khám/điều trị (tên bệnh viện/phòng khám)?		
g. Có biên bản cảnh sát không? (dành cho tai nạn)	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Nếu có, vui lòng cung cấp bản sao cho chúng tôi

2. Số tiền yêu cầu bảo hiểm (VNĐ):

3. Phương thức nhận tiền bảo hiểm:

Tiền mặt 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 sức khỏe có liên quan.

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 cơ bản sau:

- Đối với thăm khám, điều trị ở Việt Nam: Chứng từ bản sao, chụp, hình ảnh.
 Đối với thăm khám, điều trị ở nước ngoài: Yêu cầu bản giấy gốc hóa đơn tài chính/Phiếu thu.
 Các chứng từ còn lại có thể là bản sao, chụp, hình ảnh.
- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Giấy yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm có chữ ký và được điền đầy đủ thông tin (*) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Báo cáo y khoa, sổ/phiếu khám bệnh (*) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Giấy/ Phiếu chỉ định của bác sĩ | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kết quả xét nghiệm/cận lâm sàng | <input type="checkbox"/> |
| 5. Đơn/Toa thuốc | <input type="checkbox"/> |
| 6. Giấy xuất viện | <input type="checkbox"/> |
| 7. Giấy chứng nhận phẫu thuật | <input type="checkbox"/> |
| 8. Báo cáo kiểm tra răng miệng (cho Nha khoa) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Phác đồ điều trị vật lý trị liệu và báo cáo tiến độ (cho Vật lý trị liệu) | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hóa đơn tài chính/Phiếu thu và Bảng kê tương ứng (*) | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tường trình tai nạn (cho Tai nạn) | <input type="checkbox"/> |
| 12. Biên bản cảnh sát (cho Tai nạn, nếu có) | <input type="checkbox"/> |
| 13. Các chứng từ liên quan khác | <input type="checkbox"/> |

(*) Chứng từ bắt buộc cho tất cả hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm sức khỏe. Chúng tôi sẽ yêu cầu Quý khách bổ sung thêm chứng từ cần thiết khác tùy theo từng trường hợp cụ thể