

**PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM****I. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG:**

Hợp đồng bảo hiểm nhân thọ (HĐBH) số:.....  
Bên mua bảo hiểm (BMBH): .....  
Ngày sinh:.....Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:.....  
Người yêu cầu giải quyết QL BH (nếu khác BMBH):.....  
Địa chỉ liên lạc:.....  
Điện thoại:.....Email:.....

**II. THÔNG TIN SỰ KIỆN BẢO HIỂM (SKBH):****1. Người được bảo hiểm (NĐBH):**

Ngày sinh:.....Số CMND/CCCD/Hộ chiếu:.....  
Nghề nghiệp:.....Chức vụ:.....

**2. Loại SKBH:**

- Quyền lợi nằm viện/ phẫu thuật  
 Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo  
 Quyền lợi Tử vong  
 Quyền lợi Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn  
 Quyền lợi Thương tật do tai nạn  
 Quyền lợi Khác:.....

**3. Mô tả nguyên nhân, thời gian, địa điểm, diễn biến của SKBH và tình trạng thương tật của NĐBH:****a. Nguyên nhân do bệnh lý:**

- Chẩn đoán bệnh: .....  
- Mô tả chi tiết những triệu chứng, biểu hiện, dấu hiệu về tình trạng bệnh lý của NĐBH:.....  
.....  
- Ngày đầu tiên xuất hiện những triệu chứng, biểu hiện, dấu hiệu nêu trên: .....  
- Ngày đầu tiên NĐBH đi thực hiện những kiểm tra, xét nghiệm có liên quan để chẩn đoán về tình trạng bệnh lý .....  
- Những loại kiểm tra, xét nghiệm đã thực hiện: .....  
.....  
- Trong vòng 05 năm qua, NĐBH có thực hiện điều trị/chữa trị những bệnh lý nào khác không?.....  
- Nếu có vui lòng mô tả chi tiết:.....  
.....

**b. Nguyên nhân do tai nạn:**

- Nêu nguyên nhân và mô tả diễn biến của sự việc:.....  
- Thời điểm tai nạn: ..... ngày: ..... giờ.....phút.....  
- Địa điểm tai nạn:.....  
- Biên bản tai nạn và khám nghiệm có được lập không?.....  
(nếu có vui lòng cung cấp bản gốc hoặc bản sao y có chứng thực)

**c. Tử vong/Thương tật toàn bộ vĩnh viễn (TTTBVV):**

- Nghề nghiệp trước khi Tử vong/TTTBVV:.....  
- Đơn vị làm việc (Tên & Địa chỉ):.....  
- Thời điểm tử vong: ngày ..... giờ .....phút .....  
- Địa điểm tử vong:.....

Ngày nhập viện ...../...../.....	Ngày ra viện ...../...../.....	Tên bệnh viện điều trị .....
-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

Thông tin những Công ty bảo hiểm khác đã/đang bảo hiểm cho NĐBH:

Tên công ty bảo hiểm	(Các) Số hợp đồng
.....	.....

### III. THÔNG TIN THANH TOÁN:

- Chuyển đóng phí cho hợp đồng: ..... Bên mua bảo hiểm: .....
- Nhận tiền mặt tại Trung tâm DVKH MVI Life (Chỉ áp dụng trong trường hợp Chi trả nhanh tại quầy DVKH)  
Địa chỉ: .....
- Chuyển tiền vào tài khoản tại ngân hàng:  
Tên chủ tài khoản: ..... Số tài khoản: .....  
Tại ngân hàng: ..... Chi nhánh: .....  
Địa chỉ: .....
- Nhận tiền mặt tại quầy ngân hàng:  
 Theo căn cước công dân  Theo chứng minh nhân dân  
Tên người nhận: ..... Số CCCD/CMND: .....  
Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....  
Tại ngân hàng: ..... Chi nhánh: .....  
Địa chỉ: .....

### IV. BỔ SUNG THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG (Thông tin bổ sung thêm cho Người thụ hưởng đã chỉ định trên Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc Đơn yêu cầu điều chỉnh/ bổ sung Người thụ hưởng) (Theo yêu cầu về phòng chống rửa tiền của Cục Phòng chống rửa tiền)

#### 1. Đối với khách hàng cá nhân:

##### a. Thông tin chung:

Họ và tên: ..... Quốc tịch: .....  
Nghề nghiệp: ..... Chức vụ: .....  
Nơi đăng ký thường trú và nơi ở hiện tại: .....  
Điện thoại: .....

##### b. Thông tin thêm đối với khách hàng cá nhân là Người nước ngoài hoặc có từ 02 quốc tịch trở lên:

Số hộ chiếu: ..... Thị thực nhập cảnh: .....  
Địa chỉ đăng ký cư trú ở các quốc gia mang quốc tịch: .....

#### 2. Đối với khách hàng là tổ chức:

Tên giao dịch đầy đủ và viết tắt: .....  
Địa chỉ đặt trụ sở chính: .....  
Số điện thoại: ..... Số fax: .....  
Lĩnh vực hoạt động, kinh doanh: .....  
Thông tin về người thành lập (kê khai ở mục 1)

### V. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi xin cam đoan rằng tất cả các thông tin trên đây là đúng sự thật và không có điều gì che giấu hoặc làm sai lệch. Tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về sự chính xác của những thông tin đã được kê khai.  
Tôi đồng ý cho phép bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ, chứng từ, thông tin về NĐBH kể cả thông tin về HIV/AIDS được phép cung cấp cho Công ty TNHH Bảo Hiểm Nhân Thọ MVI (Công ty) hay bất cứ Người đại diện nào của Công ty các thông tin mà Công ty hoặc Người đại diện của Công ty yêu cầu.  
Tôi cam kết không có bất kỳ khiếu nại, khiếu kiện nào về việc các đơn vị, cá nhân nêu trên cung cấp hồ sơ, chứng từ, thông tin liên quan đến NĐBH cho MVI Life.  
Tôi đồng ý rằng, bản photo của hồ sơ, văn bản, thông tin nêu trên có giá trị như bản gốc.  
.....ngày.....tháng.....năm.....

Tư vấn viên (Ký và ghi rõ họ tên)

Bên mua bảo hiểm/ Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (Ký và ghi rõ họ tên)

Mã số tư vấn:

Điện thoại liên hệ: