

## PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (CL\_101)

### I. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG:

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

### II. THÔNG TIN SỰ KIẾN BẢO HIỂM (SKBH):

1. Người được bảo hiểm (NĐBH): .....

Ngày sinh:.....Số CC/CCCD/Hộ chiếu:.....

Nghề nghiệp:.....Chức vụ:.....

#### 2. Loại SKBH:

- |                                                                    |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi nằm viện                        | <input type="checkbox"/> Quyền lợi phẫu thuật      |
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn | <input type="checkbox"/> Quyền lợi Bệnh hiểm nghèo |
| <input type="checkbox"/> Quyền lợi Thương tật do tai nạn           | <input type="checkbox"/> Quyền lợi Tử vong         |
| <input type="checkbox"/> 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<br>...../...../.....                              | Ngày ra viện<br>...../...../..... | Tên bệnh viện điều trị<br>..... |
| 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:

- ☐ Yêu cầu thẩm định nhanh tại Quầy DVKH: (Áp dụng trường hợp KH nộp yêu cầu tại quầy và thỏa điều kiện thẩm định nhanh)

Quý khách vui lòng lựa chọn hình thức thanh toán dưới đây:

Tôi/chúng tôi xin cam đoan cung cấp đầy đủ và hợp lệ các thông tin cần thiết cho MVI Life để thực hiện yêu cầu thanh toán này

- ☐ Chuyển đóng phí cho hợp đồng: ..... Bên mua bảo hiểm: .....

- ☐ 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 căn cước

Tên người nhận: ..... Số Căn cước/CCCD: .....

Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Tại ngân hàng: ..... Chi nhánh: .....

Địa chỉ: .....

Người khai ký, ghi rõ họ tên nhằm xác nhận nội dung đã kê khai

### IV. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi/ Chúng 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/ Chúng tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về sự chính xác của những thông tin đã được kê khai.

Tôi/ Chúng 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 ("MVI Life") 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/ Chúng 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/ Chúng tôi đồng ý rằng, bản photo của hồ sơ, văn bản, thông tin nêu trên có giá trị như bản gốc.

Tôi/ Chúng tôi xác nhận rằng tôi/ chúng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý cho phép MVI Life thực hiện thu thập, sử dụng, xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/ chúng tôi theo các quy định tại: <https://www.mvilife.com.vn/vi/Ve-chung-toi/Chinh-sach.html> và đồng ý chịu sự ràng buộc bởi các quy định của Chính sách này. Tất cả các quyền và nghĩa vụ của MVI Life và Khách hàng tại Chính sách Bảo mật dữ liệu Cá nhân này sẽ không thay thế, chấm dứt hoặc thay đổi, nhưng sẽ là cộng dồn vào các quyền mà MVI Life và Khách hàng đang có ở bất cứ văn bản nào và không một điều khoản nào trong Chính sách Bảo mật DLCN này hàm ý hạn chế hoặc xóa bỏ bất kỳ quyền nào trong số các quyền của MVI Life.



Quét mã QR để truy cập trang Chính sách Bảo mật Dữ liệu Cá nhân của MVI Life

## V. KHAI BÁO FATCA

Người nhận thanh toán quyền lợi bảo hiểm có phải là Công dân Hoa Kỳ hoặc là người có nghĩa vụ thuế đối với Hoa Kỳ hoặc có bất kỳ chỉ dấu nào sau đây không:

Có hộ chiếu Hoa Kỳ, nơi sinh tại Hoa Kỳ, địa chỉ thường trú/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ giữ thư hộ tại Hoa Kỳ, số điện thoại liên hệ tại Hoa Kỳ.

☐ Không

☐ Có, người nhận thanh toán quyền lợi bảo hiểm vui lòng cung cấp thông tin theo biểu mẫu phù hợp sau:

- Công dân Hoa Kỳ; có nghĩa vụ thuế với Hoa Kỳ; Hộ chiếu Hoa Kỳ; nơi sinh tại Hoa Kỳ: Biểu mẫu "W9"
- Địa chỉ thường trú/ địa chỉ liên lạc/ địa chỉ giữ thư hộ tại Hoa Kỳ, số điện thoại liên hệ tại Hoa Kỳ: Cá nhân - Biểu mẫu "W-8BEN", Tổ chức – Biểu mẫu "W-8BEN-E"

### Lưu ý:

Các biểu mẫu phải được điền bằng tiếng Anh, không sử dụng bút xóa hoặc chỉnh sửa.

Nếu có thay đổi thông tin liên quan đến FATCA, khách hàng cần cập nhật trong vòng 30 ngày.

Biểu mẫu có thể tải từ trang web của IRS: [www.irs.gov](http://www.irs.gov)

**Tôi/Chúng tôi, bằng việc ký tên dưới đây xác nhận đã đọc, hiểu và đồng ý với các nội dung và cam kết đã nêu ở trên**

(\*) Liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi tử vong: (i) BMBH/ Người yêu cầu, và (ii) Đại diện hợp pháp của NĐBH sẽ ký tên, bao gồm: Vợ/chồng/con thành niên; hoặc Cha/mẹ (nếu không có vợ, chồng, con thành niên) hoặc Người thụ hưởng tại Hợp đồng

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .....ngày .....tháng.....năm.....<br><b>Bên mua bảo hiểm/ Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm</b> <i>(Ký và ghi rõ họ tên)</i>   | .....ngày .....tháng.....năm.....<br><b>Người được bảo hiểm ≥ 7 tuổi</b> <i>(Ký và ghi rõ họ tên)</i>                                                                              |
| .....ngày .....tháng.....năm.....<br><b>Cha/ mẹ hoặc Người giám hộ của Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi</b> <i>(Ký và ghi rõ họ tên)</i> | .....ngày .....tháng.....năm.....<br><b>Đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm</b> <i>(Trường hợp yêu cầu giải quyết quyền lợi tử vong)</i><br>(*) <i>(Ký và ghi rõ họ tên)</i> |