

PHIẾU YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM (GQQLBH)

Hợp đồng bảo hiểm số: _____

1. THÔNG TIN CHUNG

Người được bảo hiểm:	Ngày sinh:/...../.....
.....	CCCD/CMND/Hộ chiếu:
Bên mua bảo hiểm:	Ngày sinh:/...../.....
.....	CCCD/CMND/Hộ chiếu:
Người yêu cầu GQQLBH:	
Quan hệ với Người được bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Vợ/Chồng <input type="checkbox"/> Con thành niên (từ 18 tuổi trở lên) TH không có Vợ/Chồng/Con thành niên <input type="checkbox"/> Cha <input type="checkbox"/> Mẹ	
Số CCCD/CMND/Hộ chiếu: Nơi cấp:.....	Ngày sinh:/...../.....
Ngày cấp:..... Quốc tịch:.....	Nghề nghiệp:
Địa chỉ thường trú:	
Địa chỉ liên lạc:	
Điện thoại:	Email:

2. THÔNG TIN SỰ KIỆN BẢO HIỂM (SKBH)

Quyền lợi bảo hiểm:	<input type="checkbox"/> Tử vong	<input type="checkbox"/> Thương tật vĩnh viễn do tai nạn	<input type="checkbox"/> Hỗ trợ nằm viện
	<input type="checkbox"/> Bệnh hiểm nghèo	<input type="checkbox"/> Thương tật toàn bộ vĩnh viễn	<input type="checkbox"/> Khác:
Ngày xảy ra SKBH:/...../.....	Nơi xảy ra SKBH:		
Nguyên nhân sự kiện bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Tai nạn	<input type="checkbox"/> Bệnh	<input type="checkbox"/> Khác:
<i>Đối với quyền lợi hỗ trợ nằm viện vui lòng cung cấp thông tin</i>			
Ngày vào viện:/...../.....	Ngày ra viện:/...../.....	Chẩn đoán:	
Chi tiết liên quan đến SKBH (Cơ quan thụ lý giải quyết - nếu nguyên nhân là do tai nạn; Thông tin cơ sở y tế điều trị ban đầu, số thẻ BHYT; Mô tả ngắn gọn quá trình xảy ra SKBH)			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

3. THÔNG TIN HỢP ĐỒNG TÍN DỤNG/THẤU CHI/VAY CẦM CỐ/TÀI KHOẢN TIẾT KIỆM

(Dành cho Tổ chức tín dụng/ Công ty Tài chính/ Khác điền)

Số hợp đồng tín dụng/thấu chi:	Thời hạn vay:
Ngân hàng/tổ chức tín dụng:	Mã số khách hàng:
Hạn mức thấu chi/Số tiền vay ban đầu:	Ngày giải ngân:/...../.....
Số dự nợ vay tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm:	
Trong đó: Nợ gốc:	Lãi vay:
Số sổ/tài khoản tiết kiệm:	Ngày mở:/...../.....
Kỳ hạn:	Số tiền tiết kiệm:
	Ngân hàng:

4. THÔNG TIN VỀ CÁC HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM KHÁC CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên Công ty bảo hiểm	Hợp đồng số	Ngày bắt đầu	Mệnh giá bảo hiểm	Đã yêu cầu GQQLBH

5. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN

Nhận tiền mặt tại Bưu cục (Chỉ áp dụng đối với hợp đồng bảo hiểm phân phối qua kênh Bưu điện)

Hợp đồng bảo hiểm phân phối qua các kênh khác vui lòng chọn phương thức thanh toán bên dưới:

Chuyển khoản

Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:

Ngân hàng: Chi nhánh:

Nhận tiền mặt qua ngân hàng
(Áp dụng đối với khách hàng không có bất kỳ số tài khoản nào tại các Ngân hàng)

Người nhận tiền: CCCD/CMND/Hộ chiếu:

Ngày cấp:/...../..... Nơi cấp:

Ngân hàng: Chi nhánh:

Địa chỉ:

1. BMBH/NTH/NTK có Quốc gia nơi sinh và/hoặc Quốc tịch và/hoặc Mã Quốc gia của số điện thoại và/hoặc Địa chỉ gửi thư (bao gồm hộp nhận thư bưu điện) và/hoặc nơi cư trú hiện tại ở Hoa Kỳ và/hoặc Khai thuế tại Hoa Kỳ hay không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
2. BMBH/NTH/NTK đang có lệnh thanh toán ('standing instruction') đến một tài khoản tài chính tại Hoa Kỳ?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
3. Địa chỉ của BMBH/NTH/NTK trên giấy ủy quyền hoặc ủy quyền ký tên đang có hiệu lực cho BMBH/NTH/NTK là địa chỉ tại Hoa Kỳ?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
4. BMBH/NTH/NTK chỉ có địa chỉ duy nhất là địa chỉ "nhà chuyên" hoặc "hộp lưu thư"?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không

Nếu một trong những câu trả lời là "Có" vui lòng hoàn thành mẫu Tờ khai thuế Hoa Kỳ của từng cá nhân tương ứng và nộp kèm về MAP Life.

Lưu ý từ viết tắt: BMBH là Bên mua bảo hiểm; NTH là Người thụ hưởng; NTK là Người thừa kế.

6. CAM KẾT CỦA NGƯỜI YÊU CẦU GQQLBH

- Tôi/chúng tôi đồng ý cho phép bất cứ bác sỹ, tổ chức y tế, công ty bảo hiểm, công ty tái bảo hiểm, các tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ hay có thông tin về Người được bảo hiểm được phép tiết lộ cho Công ty TNHH Bảo hiểm Nhân thọ Mirae Asset Prévoir (tên gọi tắt là MAP Life) hay bất cứ Người đại diện nào của MAP Life thông tin mà MAP Life yêu cầu.
- Tôi/chúng tôi bao gồm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, Người thụ hưởng, Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm đồng ý cho phép MAP Life thu thập và xử lý Dữ liệu cá nhân của tôi/chúng tôi như được đề cập, kê khai trong Bộ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm, yêu cầu liên quan đến Hợp đồng Bảo hiểm và các văn bản khác do tôi/chúng tôi cung cấp hoặc thông báo trong suốt quá trình tham gia bảo hiểm (bao gồm cả việc cung cấp lần đầu và các lần cập nhật, điều chỉnh, bổ sung thông tin sau đó, cũng như các trường hợp dữ liệu được cung cấp thông qua email, điện thoại, các phương thức liên lạc điện tử); với mục đích thực hiện hợp đồng bảo hiểm và các mục đích khác trên cơ sở tôi/chúng tôi biết rõ, tự nguyện và đồng ý với Chính sách bảo mật của MAP Life được đăng trên trang thông tin điện tử tại: <https://www.map-life.com.vn/api/doc/Quydingh/ChinhSachbaomat.pdf>

Lưu ý: Quý Khách có thể đồng ý một phần hoặc với điều kiện kèm theo các mục đích được liệt kê tại Điều 4 của Chính sách bảo mật. Trong khả năng của MAP Life, chúng tôi chỉ có thể bắt đầu xử lý dữ liệu của Quý khách khi Quý khách đồng ý toàn bộ với các mục đích được liệt kê tại Điều 4 mà không có điều kiện kèm theo. Vì vậy, khi chúng tôi cần sự đồng ý từ Quý khách trên hợp đồng, tài liệu, chúng tôi để bắt đầu xử lý dữ liệu, điều này nghĩa là chúng tôi cần sự đồng ý toàn bộ từ Quý khách.

- Tôi/chúng tôi xin cam kết những điều nêu trên là hoàn toàn đúng sự thật và chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của những thông tin này.

7. CHẤP THUẬN XỬ LÝ DỮ LIỆU CÁ NHÂN TRONG TRƯỜNG HỢP NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM TỬ VONG

- Tôi là vợ, chồng hoặc con thành niên của Người được bảo hiểm hoặc cha, mẹ của Người được bảo hiểm (trong trường hợp Người được bảo hiểm không có vợ, chồng hoặc con thành niên) đồng ý cho MAP Life xử lý dữ liệu cá nhân của Người được bảo hiểm được đề cập, kê khai trong (các) Hợp đồng bảo hiểm, Bộ hồ sơ yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo quy định tại Chính sách bảo mật của MAP Life được đăng trên trang thông tin điện tử tại: <https://www.map-life.com.vn/api/doc/Quy dinh/Chinh sach baomat.pdf>

Ngày.....tháng.....năm.....

NGƯỜI YÊU CẦU GQQLBH
(ký và ghi rõ họ tên)

**ĐẠI DIỆN BƯU CỤC/VP KINH DOANH/TỔ CHỨC TÍN DỤNG/
CÔNG TY TÀI CHÍNH/ KHÁC**
(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)

Nếu Người nhận quyền lợi từ 7 tuổi tới dưới 18 tuổi, vui lòng ký và ghi rõ họ tên bên cạnh chữ ký của cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp

NGƯỜI NHẬN QLQBH
(ký và ghi rõ họ tên - Trường hợp khác
Người yêu cầu GQQLBH)

CHA MẸ HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP
(ký và ghi rõ họ tên – Trường hợp khác Người yêu cầu GQQLBH)