



**ace life**

**PHIẾU  
YÊU CẦU  
THANH TOÁN  
QUYỀN LỢI  
BẢO HIỂM**

*Vui lòng đánh dấu vào ô Quyền lợi tương ứng*

ACE Life hiểu rằng đây là thời điểm khó khăn của Quý khách. Chúng tôi xin được gửi lời chia buồn và cảm thông với những mất mát mà Quý khách đang phải gánh chịu.

Chúng tôi luôn cố gắng giải quyết quyền lợi bảo hiểm một cách đơn giản và nhanh chóng. Trước khi điền, Quý khách vui lòng dành chút thời gian để xem toàn bộ nội dung của Phiếu yêu cầu này và hoàn tất theo hướng dẫn.

Nếu như Quý khách cần bất cứ sự hỗ trợ nào xin hãy liên hệ với chúng tôi qua số điện thoại: (08) 38278123.

Trân trọng kính chào.

- QUYỀN LỢI BẢO HIỂM TỬ VONG
- QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT TOÀN BỘ VÀ VĨNH VIỄN
- QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO
- QUYỀN LỢI BẢO HIỂM HỖ TRỢ NĂM VIỆN
- QUYỀN LỢI BẢO HIỂM THƯƠNG TẬT DO TAI NẠN
- QUYỀN LỢI BẢO HIỂM MIỄN ĐÓNG PHÍ
- QUYỀN LỢI BẢO HIỂM KHÁC

---

---

---

# THỦ TỤC GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

ACE Life có trách nhiệm thanh toán quyền lợi bảo hiểm cho Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm trong thời hạn 30 ngày, kể từ ngày nhận được đầy đủ hồ sơ hợp lệ.

## Hồ sơ yêu cầu thanh toán Quyền lợi Bảo hiểm bao gồm:

Người thụ hưởng quyền lợi bảo hiểm gửi cho ACE Life trong thời gian sớm nhất có thể những giấy tờ sau đây:

1. Phiếu Yêu cầu Thanh toán Quyền lợi Bảo hiểm đã điền đầy đủ, chính xác;
2. Nộp kèm theo Phiếu Yêu cầu là các tài liệu chứng minh về các sự kiện theo nội dung kê khai trong Phiếu Yêu cầu Thanh toán (Giấy chứng tử, Kết luận giám định y tế, Biên bản tai nạn, Hồ sơ bệnh án, và/hoặc những tài liệu khác).
3. Nộp kèm theo các bằng chứng về quyền nhận Số tiền Bảo hiểm (Hợp đồng Bảo hiểm và tất cả các bản Phụ lục; di chúc liên quan đến quyền lợi bảo hiểm, bản sao Chứng minh Nhân dân của Người thụ hưởng, hoặc những giấy tờ xác nhận hợp pháp khác);

## Thời hạn nộp Hồ sơ yêu cầu thanh toán Quyền lợi Bảo hiểm

24 tháng kể từ ngày Người được Bảo hiểm tử vong (đối với Quyền lợi bảo hiểm tử vong).

12 tháng kể từ ngày Người được Bảo hiểm được cơ quan có thẩm quyền xác nhận bị thương tật vĩnh viễn (đối với Quyền lợi bảo hiểm thương tật toàn bộ và vĩnh viễn).

60 ngày kể từ ngày Người được Bảo hiểm xuất viện (đối với Quyền lợi bảo hiểm Hỗ trợ nằm viện)

## HƯỚNG DẪN HOÀN TẤT PHIẾU YÊU CẦU THANH TOÁN QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Người thụ hưởng vui lòng điền đầy đủ và chính xác các phần trong phiếu yêu cầu thanh toán này theo hướng dẫn dưới đây:

### PHẦN A – Thông Tin Về Hợp Đồng Bảo Hiểm

Liệt kê tất cả các Hợp đồng Bảo hiểm có liên quan đến yêu cầu thanh toán Quyền lợi bảo hiểm của Người được Bảo hiểm. Vui lòng cho biết lý do thất lạc Hợp đồng Bảo hiểm (nếu có).

### PHẦN B – Thông Tin Người Được Bảo Hiểm

Thông tin về Người được Bảo hiểm có liên quan đến sự kiện bảo hiểm và yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm.

### PHẦN C – Thông Tin Chi Tiết Về Sự Kiện Bảo Hiểm

Điền đầy đủ tất cả thông tin có liên quan đến sự kiện bảo hiểm xảy ra với Người được Bảo hiểm, cụ thể:

- Nếu Người được Bảo hiểm bị tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do bệnh, vui lòng cung cấp tất cả những thông tin liên quan đến việc khám chữa bệnh trước đó: ngày bắt đầu xuất hiện triệu chứng bệnh, ngày và nơi khám bệnh có liên quan đến việc tử vong và thương tật toàn bộ vĩnh viễn, tên các Bác sĩ hoặc các cơ sở y tế đã điều trị cho Người được Bảo hiểm.
- Nếu Người được Bảo hiểm bị tử vong hoặc bị thương tật toàn bộ và vĩnh viễn do tai nạn, vui lòng cung cấp biên bản tai nạn do cơ quan có thẩm quyền lập, biên bản giải phẫu pháp y (nếu có), tên các Bác sĩ và các cơ sở y tế đã điều trị cho Người được Bảo hiểm.

### PHẦN E – Thông Tin Về Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm

#### Trường hợp Người được Bảo hiểm tử vong:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- Người thụ hưởng được chỉ định trong Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm; hoặc
- Người thừa kế hợp pháp của Bên mua Bảo hiểm nếu không có chỉ định Người thụ hưởng trong Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm hoặc Người thụ hưởng được chỉ định chết trước Người được Bảo hiểm.
- Nếu có bất kỳ Người thụ hưởng nào chết trước Người được Bảo hiểm, phần quyền lợi bảo hiểm của người đó sẽ được trả cho Bên mua Bảo hiểm hoặc người thừa kế hợp pháp của Bên mua Bảo hiểm.

#### Trường hợp khác:

Người nhận quyền lợi bảo hiểm là:

- Người thụ hưởng được chỉ định trong Hồ sơ Yêu cầu Bảo hiểm; hoặc
- Bên mua Bảo hiểm nếu hợp đồng chưa được chuyển nhượng; hoặc
- Người được chuyển nhượng nếu hợp đồng đã được chuyển nhượng.

### PHẦN F – Thông Tin Về Phương Thức Nhận Số Tiền Bảo Hiểm

Lựa chọn hình thức và địa điểm nhận Số tiền Bảo hiểm

### CAM KẾT VÀ KÝ TÊN XÁC NHẬN

Người nhận quyền lợi bảo hiểm ký tên xác nhận vào Phiếu yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm.

Vui lòng đọc lại toàn bộ nội dung trước khi ký tên.

## CHI TIẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM YÊU CẦU THANH TOÁN

### PHẦN A – Thông Tin Hợp Đồng Bảo Hiểm

1. Vui lòng liệt kê tất cả các Hợp đồng Bảo hiểm của Người được Bảo hiểm đang tham gia với ACE Life:

2. Có nộp kèm Hợp đồng Bảo hiểm không?  Có  Không

Nếu không, vui lòng giải thích  Mất  Khác \_\_\_\_\_

3. Người được Bảo hiểm có được bảo hiểm nhân thọ bởi các công ty khác không?  Có  Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết (tên công ty, số hồ sơ/hợp đồng): \_\_\_\_\_

### PHẦN B – Thông Tin Người Được Bảo Hiểm

4. Họ và tên (viết chữ in hoa)	5. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	6. Quốc tịch	7. Ngày sinh	8. CMND/Hộ chiếu/Khai sinh		
				Số	Ngày cấp	Nơi cấp

9. Tình trạng hôn nhân hiện tại:  Độc thân  Đã lập gia đình  Ly dị  Góa \* Số con hiện có: \_\_\_\_\_

10. Địa chỉ thường trú:

Số

Đường

Phường/Xã

Quận/Huyện

Thành phố/Tỉnh

### PHẦN C – Thông Tin Chi Tiết Sự Kiện Bảo Hiểm

11. Sự kiện Bảo hiểm yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm: (Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp)

Tử vong  Thương tật Toàn bộ và Vĩnh viễn  Thương tật do Tai nạn  Hỗ trợ Nằm viện

Bệnh hiểm nghèo, tên bệnh: \_\_\_\_\_

Sự kiện Bảo hiểm khác: \_\_\_\_\_

12. Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Địa điểm: \_\_\_\_\_

13. Vui lòng nêu quá trình diễn biến, chẩn đoán và điều trị bệnh hoặc quá trình bị tai nạn gây ra sự kiện bảo hiểm (tử vong hoặc thương tật hoặc nằm viện) của Người được Bảo hiểm:

14. Biên bản tai nạn, khám nghiệm có được lập không?  Có  Không

Nếu có, vui lòng cung cấp cho ACE Life bản sao y có thị thực.

15. Vui lòng cho biết tên các Bác sĩ điều trị hoặc cơ sở y tế đã từng chẩn đoán hoặc điều trị bệnh cho Người được bảo hiểm:

Tên Bác sĩ/Cơ sở y tế	Địa chỉ Cơ sở y tế	Ngày vào viện /ra viện	Chẩn đoán khi ra viện
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### PHẦN D – Thông Tin Những Quyền Lợi Bảo Hiểm Yêu Cầu Thanh Toán

16. Yêu cầu thanh toán cho những quyền lợi bảo hiểm sau đây:

(Đơn vị VND)

Quyền lợi yêu cầu thanh toán	Hợp đồng Bảo hiểm số	Số tiền yêu cầu thanh toán
<input type="checkbox"/> Quyền lợi Bảo hiểm Tử vong	_____	_____
<input type="checkbox"/> Quyền lợi Bảo hiểm Thương tật Toàn bộ và Vĩnh viễn	_____	_____
<input type="checkbox"/> Quyền lợi Bảo hiểm Thương tật do Tai nạn	_____	_____
<input type="checkbox"/> Quyền lợi Bảo hiểm Bệnh hiểm nghèo	_____	_____

<input type="checkbox"/> Quyền lợi Bảo hiểm Hỗ trợ Nằm viện	_____	_____
<input type="checkbox"/> Quyền lợi Bảo hiểm Miễn đóng phí	_____	_____
<input type="checkbox"/> Thanh toán trước Quyền lợi Bảo hiểm khi Từ vong	_____	_____
<input type="checkbox"/> Quyền lợi Bảo hiểm khác:	_____	_____

**PHẦN E – Thông Tin Người Nhận Quyền Lợi Bảo Hiểm**

17. Họ và tên (viết chữ in hoa)	18. Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	19. Quốc tịch	20. Ngày sinh	21. CMND/Hộ chiếu		
				Số	Ngày cấp	Nơi cấp
22. Địa chỉ hộ khẩu thường trú:						
Số		Đường		Phường/Xã		Quận/Huyện
						Thành phố/Tỉnh
23. Địa chỉ liên lạc:						
Số		Đường		Phường/Xã		Quận/Huyện
						Thành phố/Tỉnh
24. Điện thoại (_____) _____ Điện thoại di động _____						
25. Quan hệ với Người được Bảo hiểm: <input type="checkbox"/> Vợ chồng <input type="checkbox"/> Con cái <input type="checkbox"/> Quan hệ khác: _____						
26. Tên Tổ chức Thụ hưởng (viết chữ in hoa): _____						
27. Địa chỉ trụ sở chính: _____						

**PHẦN F – Thông Tin Phương Thức Nhận Số Tiền Bảo Hiểm**

<input type="checkbox"/> Nhận tiền mặt	<input type="checkbox"/> Ủy quyền cho người khác nhận hộ
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản vào tài khoản ngân hàng theo nội dung sau:	
Tên tài khoản: _____	Số tài khoản: _____
Tên ngân hàng: _____	

**CAM KẾT**

**Tôi/Chúng tôi:**

- Cam kết rằng những thông tin cung cấp trên đây và sau này phục vụ cho yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm đều chính xác và không có điều gì che giấu hoặc làm sai lệch;
- Đồng ý cho ACE Life thu thập mọi thông tin y tế, kể cả thông tin về HIV/AIDS, ở bất kỳ bác sĩ/bệnh viện/phòng xét nghiệm/các công ty bảo hiểm nhân thọ/các tổ chức/cá nhân khác có hồ sơ hay thông tin về Người được Bảo hiểm;
- Đồng ý rằng bản sao của các y chứng hoặc giấy chứng nhận từ các đơn vị nêu trên cung cấp có giá trị như bản chính.

X \_\_\_\_\_ / /  
**Chữ ký** **Họ và tên Người nhận quyền lợi bảo hiểm** **Ngày/tháng/năm**  
*(vui lòng viết bằng chữ thường)*

Tôi xác nhận chữ ký trên đây được thực hiện trước sự chứng kiến của tôi và theo sự hiểu biết của tôi đó là chữ ký của Người yêu cầu thanh toán quyền lợi bảo hiểm nêu trên nói trên.

X \_\_\_\_\_ / /  
**Chữ ký** **Họ và tên ĐKKD/Người làm chứng** **Mã số/CMND số** **Ngày/tháng/năm**