



Cathay Life



01 TB0005250388

ĐƠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Quý khách vui lòng điền thông tin đầy đủ, chính xác và ký tên vào Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này.

Người được bảo hiểm (Người xảy ra sự kiện)			
Họ tên	Lê Kim Anh		
Ngày sinh	25 / 11 / 2017	Mã giấy tờ tùy thân	0075HPH251117
Địa chỉ liên lạc	089089 Ireland		
Địa chỉ thường trú	<input checked="" type="checkbox"/> Giống địa chỉ liên lạc 089089 Ireland		
Điện thoại di động	0990890-	Điện thoại	<input checked="" type="checkbox"/> Giống điện thoại di động 0990890-
Email			
Người yêu cầu			
Quan hệ với Người được bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ chồng <input checked="" type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Con cái <input type="checkbox"/> Người thân khác		
Họ tên	NGÔ THỊ BÍCH THỦY		
Ngày sinh	01 / 08 / 1991	Mã giấy tờ tùy thân	031191009875
Địa chỉ liên lạc	<input type="checkbox"/> Giống như Người được bảo hiểm 123 Ấn Độ		
Phương thức liên lạc			
Điện thoại di động	62556699	Điện thoại	<input checked="" type="checkbox"/> Giống điện thoại di động 62556699
E-mail	ltruc2104@gmail.com		
<p>1. Các thông báo và thư điện tử liên quan đến Đơn yêu cầu này sẽ được gửi đến số điện thoại di động và địa chỉ Email của Người yêu cầu.</p> <p>2. Địa chỉ, số điện thoại và Email được cung cấp trong mẫu đơn này chỉ dành cho việc nhận các thông báo liên quan, và không thay thế cho Yêu cầu thay đổi thông tin cá nhân của Hợp đồng bảo hiểm.</p>			
Thông tin về sự kiện bảo hiểm			
Ngày nộp đơn	07 / 05 / 2025	Loại nguyên nhân	<input checked="" type="checkbox"/> Không phải tai nạn (Bệnh tật)
Ngày xảy ra sự kiện	07 / 05 / 2025		<input type="checkbox"/> Tai nạn
Nguyên nhân	Thương tổn do cướp giật—Injury by robbery—搶劫所致傷害		
Loại quyền lợi	<input checked="" type="checkbox"/> Hỗ trợ viện phí cá nhân <input type="checkbox"/> Trợ cấp điều trị <input type="checkbox"/> Bệnh lý nghiêm trọng		
	<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn <input type="checkbox"/> Thương tật từng phần		
	<input type="checkbox"/> Miễn nộp phí bảo hiểm <input type="checkbox"/> Giai đoạn cuối đời <input type="checkbox"/> Chăm sóc lâu dài		
	<input type="checkbox"/> Phòng ngừa ung thư		
Mô tả về sự kiện			
(Địa điểm, thời gian, quá trình xảy ra sự kiện và quá trình điều trị)			
test			
Bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Mã thẻ bảo hiểm y tế	
Cấp cứu 115	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Tên bệnh viện cấp cứu	
Xảy ra khi làm việc	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Nghề nghiệp	
Liên lạc công an	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Ngày liên lạc	/ / Đơn vị công an
Điện thoại công an (nếu có)		Tên công an (nếu có)	
Được bảo hiểm bởi công ty khác	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Tên công ty và ngày hiệu lực	

Phương thức thanh toán**Nếu có nhiều hơn một Người thụ hưởng, vui lòng điền vào Phụ lục (1)**

Cathay Life sẽ hoàn toàn không chịu trách nhiệm nếu việc chuyển khoản không thực hiện được do thông tin về tài khoản không đúng, bị thay đổi, hủy bỏ hoặc nhận tiền bằng Giấy tờ tùy thân mà không đến nhận tiền. Khi khách hàng thực hiện giao dịch yêu cầu thanh toán lần hai phải chịu toàn bộ các chi phí khấu trừ có liên quan.

Tên Người thụ hưởng	Lưu Trúc Linh	Mã giấy tờ tùy thân	077300007217
----------------------------	---------------	----------------------------	--------------

☐ Tiền mặt tại quầy☐ Nhận bằng giấy tờ tùy thân

Ngày cấp	/ /	Nơi cấp	
----------	-----	---------	--

Tên NH		Chi nhánh	
--------	--	-----------	--

☒ Chuyển khoản

Số TK	26855317	Tên NH	NH TMCP A Châu
-------	----------	--------	----------------

Chi nhánh	NH TMCP Á Châu Hội sở chính
-----------	-----------------------------

Tôi cam kết rằng tất cả nội dung trong Đơn này là đầy đủ, đúng sự thật, không bỏ sót nội dung quan trọng nào và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về tính xác thực của những thông tin nêu trên. Để có đủ cơ sở thẩm định, tôi sẵn sàng cung cấp các hồ sơ khác khi công ty yêu cầu.

Tôi đồng ý ủy quyền cho các bác sĩ được phép hành nghề, bác sĩ ngành y, bệnh viện, phòng khám hoặc các cơ sở y tế liên quan, công ty bảo hiểm hoặc các cơ quan, tổ chức hoặc cá nhân khác có hồ sơ hoặc biết về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm hoặc sức khỏe của Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm được phép cung cấp cho công ty và các công ty tái bảo hiểm của Cathay Life mọi thông tin về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm.

ĐIỀU KHOẢN BẢO MẬT DỮ LIỆU CÁ NHÂN: (vui lòng đọc kỹ trước khi ký tên)

Điều Khoản này là một phần không thể tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Cathay Life cam kết nỗ lực đảm bảo an toàn và bảo vệ dữ liệu cá nhân của Khách Hàng theo quy định của pháp luật Việt Nam.

Điều Khoản Bảo Mật Dữ Liệu Cá Nhân bao gồm nhưng không giới hạn các nội dung sau:

- Loại dữ liệu cá nhân được xử lý.
- Mục đích xử lý dữ liệu cá nhân.
- Biện pháp bảo vệ dữ liệu cá nhân.

Khách Hàng vui lòng truy cập đường dẫn hoặc quét mã QR để xem đầy đủ chi tiết về Điều Khoản này.

<https://www.cathaylife.com.vn/cathay/danh-cho-khach-hang/dieu-khoan-bao-mat-du-lieu-ca-nhan>



Bằng cách lựa chọn đồng ý, Khách Hàng hiểu, xác nhận và đồng ý cho phép Cathay Life xử lý dữ liệu cá nhân do Khách Hàng tự nguyện cung cấp theo quy định tại Điều Khoản này. Trong trường hợp Khách Hàng không đồng ý cung cấp dữ liệu cá nhân cần thiết để Cathay Life có thể cung cấp sản phẩm và/hoặc dịch vụ theo yêu cầu, Cathay Life sẽ không thể thực hiện việc cung cấp sản phẩm và/hoặc dịch vụ ấy.

☒ Đồng ý☐ Không đồng ý

Chữ ký Người yêu cầu	Chữ ký Người thụ hưởng	Chữ ký Người giám hộ hợp pháp
----------------------	------------------------	-------------------------------

NGÔ THỊ BÍCH THÚY	LƯU TRÚC LINH	
-------------------	---------------	--

Xác nhận của đại lý

Tên đại lý	Claim Online
MSDL	
Điện thoại di động	
Email	
Chữ ký	
Ngày đại lý nhận đơn	07 / 05 / 2025

Công ty xác nhận sự kiện bảo hiểm và đóng dấu, ký tên (chỉ dành cho bảo hiểm nhóm)

1. Nhân viên đại lý phải gặp trực tiếp Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng và chứng kiến chữ ký của đơn này, nếu Người thụ hưởng hoặc Công ty bị thiệt hại nếu chữ ký được ký thay cho Người thụ hưởng hoặc Người thụ hưởng không có mặt, đại lý phải chịu trách nhiệm dân sự, hình sự và các trách nhiệm pháp lý khác (nếu có) theo quy định.
2. Để bảo vệ quyền và lợi ích của Người được bảo hiểm/Người thụ hưởng, trước khi nộp đơn, Quý khách vui lòng kiểm tra các thông tin trong đơn yêu cầu này đã được điền đầy đủ và chính xác để thuận tiện cho quá trình xem xét.

MỘT SỐ LƯU Ý KHI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Quý khách kính mến,

Để đảm bảo quyền lợi của Quý khách, trước khi kê khai "Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm", Quý khách vui lòng đọc kỹ những nội dung sau đây:

1. Tư cách của người yêu cầu:

Những người dưới đây có quyền yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm:

- a) Người được bảo hiểm khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm thương tật, quyền lợi hỗ trợ viện phí cá nhân.
- b) Người thụ hưởng theo chỉ định trên Đơn yêu cầu bảo hiểm khi yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm khác.

* Vui lòng xem thêm Quy tắc và Điều khoản liên quan để xác định người có quyền nộp đơn yêu cầu.

2. Thời hạn yêu cầu:

Theo nội dung Điều khoản sản phẩm, thời gian yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm tối đa là (01) một năm kể từ khi sự kiện bảo hiểm xảy ra. Cathay Life sẽ không tiếp nhận hồ sơ đối với các trường hợp vượt quá thời hạn yêu cầu này. Thời gian một (01) năm này không bao gồm thời gian trì hoãn do các trở ngại khách quan và sự kiện bất khả kháng.

3. Hồ sơ yêu cầu:

Quý khách vui lòng gửi về Cathay Life bản chính/sao y bản chính tất cả các loại hồ sơ tương ứng với từng loại quyền lợi bảo hiểm theo bảng chi tiết sau (Hợp đồng bảo hiểm chỉ đồng ý nhận bản chính). Ngoài ra, Cathay Life sẽ yêu cầu Quý khách cung cấp thêm hồ sơ để việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm nhanh chóng và chính xác:

HỒ SƠ YÊU CẦU	Hỗ trợ viện phí		QL phẫu thuật	Bệnh hiểm nghèo		Tử vong		Thương tật	
	Tai nạn	Bệnh lý		Tai nạn	Bệnh lý	Tai nạn	Bệnh lý	TBVV và cấp độ 1	Từ cấp độ 2 đến cấp độ 7
Đơn yêu cầu Giải quyết QLBH	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bộ hợp đồng (ngoại trừ hợp đồng điện tử)						X	X	X	
Giấy tờ nhân thân, thông tin thanh toán của KH	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Giấy ủy quyền				X	X	X	X	X	X
Trích lục khai tử/ Bản án của Tòa án						X	X		
Bản tường trình tai nạn	X			X		X		X	X
Sơ đồ hiện trường, biên bản tai nạn, kết luận của công an hoặc phán quyết của Tòa án hoặc biên bản kết luận điều tra tai nạn lao động				X		X		X	X
Tóm tắt bệnh án				X	X	X	X	X	X
Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có phẫu thuật)			X	X				X	X
Kết quả giải phẫu bệnh					X				
Kết quả giám định y khoa/ Kết quả giám định tình trạng thương tật								X	X
Giấy ra viện, bảng kê chi tiết viện phí, hóa đơn viện phí (nếu có nằm viện)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Giấy xác nhận hàng thừa kế hoặc giấy phân chia di sản (không có NTH)						X	X		

LƯU Ý:

Hồ sơ cận lâm sàng (như Kết quả xét nghiệm, Kết quả chẩn đoán hình ảnh: X quang, điện tâm đồ, siêu âm, CT, MRI, Đơn thuốc,...), Phiếu điều trị, Phiếu chăm sóc, Phiếu theo dõi chức năng sống, Giấy ủy quyền, Tóm tắt bệnh án sẽ được yêu cầu bổ sung nếu các tài liệu hồ sơ điều trị bệnh như Giấy chứng nhận phẫu thuật, Kết quả giải phẫu bệnh chưa đủ thông tin để có thể thẩm định hồ sơ yêu cầu bồi thường.





Cathay Life



01 TB0004250376

ĐƠN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Quý khách vui lòng điền thông tin đầy đủ, chính xác và ký tên vào Đơn yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm này.

Người được bảo hiểm (Người xảy ra sự kiện)			
Họ tên	BUI NGOC LIEM		
Ngày sinh	15 / 09 / 2017	Mã giấy tờ tùy thân	0135HCM150917
Địa chỉ liên lạc	5435345 JAPAN JAPAN JAPAN		
Địa chỉ thường trú	<input checked="" type="checkbox"/> Giống địa chỉ liên lạc 5435345 JAPAN JAPAN JAPAN		
Điện thoại di động	0890890890	Điện thoại	<input checked="" type="checkbox"/> Giống điện thoại di động 0890890890
Email			
Người yêu cầu			
Quan hệ với Người được bảo hiểm		<input type="checkbox"/> Bản thân <input type="checkbox"/> Vợ chồng <input checked="" type="checkbox"/> Cha mẹ <input type="checkbox"/> Con cái <input type="checkbox"/> Người thân khác	
Họ tên	BUI NGOC LAM		
Ngày sinh	23 / 04 / 1995	Mã giấy tờ tùy thân	079095033239
Địa chỉ liên lạc	<input type="checkbox"/> Giống như Người được bảo hiểm 241243 Thị trấn JAPAN Thành phố JAPAN Thành phố JAPAN		
Phương thức liên lạc			
Điện thoại di động	62556699	Điện thoại	<input checked="" type="checkbox"/> Giống điện thoại di động 62556699
E-mail	ltruc2104@gmail.com		
<p>1. Các thông báo và thư điện tử liên quan đến Đơn yêu cầu này sẽ được gửi đến số điện thoại di động và địa chỉ Email của Người yêu cầu.</p> <p>2. Địa chỉ, số điện thoại và Email được cung cấp trong mẫu đơn này chỉ dành cho việc nhận các thông báo liên quan, và không thay thế cho Yêu cầu thay đổi thông tin cá nhân của Hợp đồng bảo hiểm.</p>			
Thông tin về sự kiện bảo hiểm			
Ngày nộp đơn	16 / 04 / 2025	Loại nguyên nhân	<input type="checkbox"/> Không phải tai nạn (Bệnh tật)
Ngày xảy ra sự kiện	16 / 04 / 2025		<input checked="" type="checkbox"/> Tai nạn
Nguyên nhân	Thương tổn do cướp giật—Injury by robbery—搶劫所致傷害		
Loại quyền lợi	<input checked="" type="checkbox"/> Hỗ trợ viện phí cá nhân <input type="checkbox"/> Trợ cấp điều trị <input type="checkbox"/> Bệnh lý nghiêm trọng		
	<input type="checkbox"/> Tử vong <input type="checkbox"/> Thương tật toàn bộ và vĩnh viễn <input type="checkbox"/> Thương tật từng phần		
	<input type="checkbox"/> Miễn nộp phí bảo hiểm <input type="checkbox"/> Giai đoạn cuối đời <input type="checkbox"/> Chăm sóc lâu dài		
	<input type="checkbox"/> Phòng ngừa ung thư		
Mô tả về sự kiện			
(Địa điểm, thời gian, quá trình xảy ra sự kiện và quá trình điều trị)			
test			
Bảo hiểm y tế	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Mã thẻ bảo hiểm y tế	
Cấp cứu 115	<input checked="" type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Tên bệnh viện cấp cứu	Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương
Xảy ra khi làm việc	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Nghề nghiệp	
Liên lạc công an	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Ngày liên lạc	/ / Đơn vị công an
Điện thoại công an (nếu có)		Tên công an (nếu có)	
Được bảo hiểm bởi công ty khác	<input type="checkbox"/> Có <input checked="" type="checkbox"/> Không	Tên công ty và ngày hiệu lực	

ACB

Các đồng chí thuộc đơn vị c7 trại tù
Bình Thuận Miền:

Tôi là Trần Văn Sơn bị đánh Minh, chiếm
đi báo về trại tù Bình c7 đã 2 a hồi
chính ngày 30/5/71) tại ^{thị trấn} vùng Mỏ
Tôi dưới chính phủ dưới Gia tiếp đơn vị
tử và dôi xui nên nó tôi không hề
bị ai đánh đập hành hạ như mọi
Việt cộng từng tuyên truyền, từ bấy
lâu nay! Nay tôi đã thoát khỏi
cảnh chết chóc và đơn điệu
trong rừng sâu miền lập.

Tôi thư thiết lập gọi các anh em
con trong đơn vị hãy sớm trình
ngộ và trở về với chính nghĩa quốc
gia để được sớm đoàn tụ với gia
đình và con.

Thân mến

ngày 11/11/71 Trần Văn Sơn

B

ACB