

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

(Dành cho các loại hình bảo hiểm sức khỏe trừ bảo hiểm Vietin Care/ Người vay vốn)

A. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm:
Mối quan hệ với Người được bảo hiểm:
Số điện thoại: E-mail:
Đề nghị Công ty TNHH MTV Bảo hiểm Ngân hàng Công thương xét giải quyết hồ sơ chi trả tiền bảo hiểm về rủi ro của Người được bảo hiểm với thông tin sau

B. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH)

Họ tên NDBH: Giới tính: Nam Nữ
Số CMND/Hộ chiếu: Ngày sinh:
Đơn vị tham gia bảo hiểm:
Số GCNBH/Số thẻ BH:
Địa chỉ ⁽¹⁾:
Số điện thoại: E-mail (*):

C. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM

Ngày tai nạn: Nơi xảy ra tai nạn:
Ngày khám bệnh: Ngày nhập viện:
Nơi điều trị:
Nguyên nhân / Chẩn đoán về tai nạn/bệnh:
Hậu quả:
Hình thức điều trị: Ngoại trú Nội trú – từ ngày đến ngày

D. HỒ SƠ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM GỬI KÈM

.....
.....
.....
.....

E. THÔNG TIN THANH TOÁN

Nội dung yêu cầu chi trả bảo hiểm		Hình thức thanh toán	
		Thông tin người thụ hưởng	
1. Tổng số tiền yêu cầu chi trả:		<input type="checkbox"/> Tiền mặt	
2. Chi trả bảo hiểm cho trường hợp:		<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	
<input type="checkbox"/> Tử vong do bệnh		Người thụ hưởng:	
<input type="checkbox"/> Tử vong do tai nạn		
<input type="checkbox"/> Thương tật TB/ BP vĩnh viễn		Số tài khoản:	
<input type="checkbox"/> Chi phí y tế điều trị		Ngân hàng:	
<input type="checkbox"/> Vận chuyển cấp cứu		Địa chỉ ngân hàng:	
<input type="checkbox"/> Trợ cấp		

E. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi/ chúng tôi cam đoan những thông tin kê khai trên đây là chính xác và đầy đủ. Tôi/ chúng tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu có bất cứ sự sai lệch nào về thông tin đã cung cấp và bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền được chi trả bảo hiểm.

Tôi/ chúng tôi cũng đồng ý rằng bằng Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm này, Tôi/ chúng tôi cho phép đại diện của Bảo hiểm VBI được quyền tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này, không giới hạn ở việc tiếp xúc với (các) bác sĩ đã và đang điều trị cho NĐBH.

Tôi/ chúng tôi đồng ý trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm gửi tới địa chỉ ⁽¹⁾ hoặc email (*) đã được kê khai tại mục B nêu trên, nếu Tôi/ chúng tôi không có ý kiến phản hồi nào thì được coi là Tôi/ chúng tôi đã chấp thuận phương án giải quyết như đã thông báo và không còn bất cứ khiếu kiện gì về sự kiện bảo hiểm này.

....., ngày/...../.....

XÁC NHẬN

(Chữ ký và dấu của đơn vị tham gia bảo hiểm/cơ quan chủ quản hoặc chính quyền, công an nơi xảy ra tai nạn)

XÁC NHẬN CỦA NĐBH

Tôi đồng ý ủy quyền cho Người yêu cầu nhận số tiền chi trả bảo hiểm mà Bảo hiểm Vietinbank chi trả cho tôi./

NGƯỜI YÊU CẦU

(Ký và ghi rõ họ tên)