

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

---

**GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM**

**I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM**

**1. Người được bảo hiểm:**

Họ và tên(\*) .....Ngày sinh(\*).....

Địa chỉ (\*):.....

Số CMND/Hộ chiếu (\*):.....Ngày cấp.....Nơi cấp.....

Địa chỉ email (\*):.....Điện thoại (\*): .....

Hợp đồng bảo hiểm số: B090818/BIDV-BIC

**2. Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm: (Nếu người yêu cầu không phải là NĐBH)**

Họ và tên(\*): .....

Hiện đang công tác tại:.....Chức danh: .....

Địa chỉ email (\*):.....Điện thoại (\*): .....

Là:  Bố  Mẹ  Con  Khác .....của Người được bảo hiểm

*(Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải là NĐBH hoặc người thừa kế/ người được uỷ quyền hợp pháp hoặc là bố/ mẹ/người giám hộ hợp pháp trong trường hợp NĐBH dưới 18 tuổi )*

**II. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM**

1. Mô tả sự kiện bảo hiểm: *(thời gian, địa điểm, nguyên nhân tai nạn; triệu chứng bệnh, chẩn đoán của bác sĩ, thời gian, địa điểm điều trị)*

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

2. Những bệnh tật tương tự đã từng bị trong quá khứ? *(Nếu có, đề nghị cho biết chi tiết)*

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

**III. ĐỀ NGHỊ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM**

*Lưu ý: Người kê khai phải điền đầy đủ và chính xác các mục (\*). Việc kê khai thiếu/không chính xác sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi và thời gian giải quyết khiếu nại của NĐBH*

## 1. Số tiền đề nghị chi trả bảo hiểm:

Tổng số tiền: .....

Chi tiết: .....

.....

## 2. Hồ sơ, chứng từ gửi kèm:

.....

.....

.....

3. Hình thức đề nghị chi trả: Tiền mặt  /Chuyển khoản 

Họ và tên người thụ hưởng: .....

Địa chỉ: .....

Số CMND (hộ chiếu):..... Ngày cấp..... Nơi cấp.....

Số tài khoản..... Tại ngân hàng .....

**IV. CAM KẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/NGƯỜI YÊU CẦU TRẢ TIỀN BH**

1. Tôi đồng ý để bất cứ bác sĩ điều trị tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế, phòng khám đa khoa những nơi mà Người được bảo hiểm đã điều trị cung cấp toàn bộ thông tin chi tiết về sức khỏe của Người được bảo hiểm cho BIC. Bản sao của các tài liệu này cũng sẽ có hiệu lực như bản chính. Tôi cũng cam đoan rằng những lời khai trên đây là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như tôi được biết. Nếu có gì sai, tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm

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

3. Bất cứ thông tin nào được gửi từ địa chỉ email nêu trên được coi như sự xác nhận chính thức bằng văn bản của tôi.

---

**Người được bảo hiểm/ Người yêu cầu trả tiền BH**

*(ký, ghi rõ họ tên)*

Ngày: ... / ... / .....

**Lưu ý:** Người kê khai phải điền đầy đủ và chính xác các mục (\*). Việc kê khai thiếu/không chính xác sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi và thời gian giải quyết khiếu nại của NĐBH