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: …………………………………………………..……………….

**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**

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 cam kết chỉ sử dụng những hóa đơn khám chữa bệnh liên quan đến đợt điều trị nêu trên để thanh toán chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm tại BIC và không sử dụng các hóa đơn đó để thanh toán quyền lợi trùng tại đơn vị khác

2.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

3.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.

4. 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: … / … / …… |