GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

(Vui lòng điền đầy đủ thông tin theo các mục dưới đây
và gửi lại cho Bảo hiểm PVI ngay khi kết thúc việc điều trị)

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:

Địa chỉ:

Số điện thoại: E-mail:

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

Họ tên NĐBH: Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Số CMND/Hộ chiếu:..... Ngày sinh:

Đơn vị tham gia bảo hiểm:

Số :

C. THÔNG TIN VỀ TAI NẠN / BỆNH VÀ KHÁM CHỮA

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. 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:		☐ Tiền mặt ☐ Chuyển khoản Người thụ hưởng: ..... Số tài khoản: Ngân hàng:..... Địa chỉ ngân hàng: ....
2. Chi trả bảo hiểm cho trường hợp:	☐ Tử vong ☐ Thương tật ☐ Chi phí y tế ☐ Vận chuyển cấp cứu ☐ Trợ cấp	

E. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi cam đoan những thông tin kê khai trên đây là chính xác và đầy đủ. 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 cũng đồng ý rằng, bằng Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm này, tôi cho phép đại diện của Bảo hiểm PVI được quyền tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này, bao gồm nhưng không giới hạn ở việc tiếp xúc với (các) bác sĩ đã và đang điều trị cho tôi.

, ngày tháng năm

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)

NGƯỜI YÊU CẦU
(Ký và ghi rõ họ tên)