**GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM CON NGƯỜI**

*(Vui lòng điền đầy đủ thông tin theo những nội dung dưới đây)*

**I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH):**

Họ và tên: …………………………………. Số CMND/Hộ chiếu:.……………….. Ngày sinh: …………………

Địa chỉ: …………………………………………………………………………………………………………….

Đơn vị công tác: …………………………………………………... Chức danh: ………………………………….

Địa chỉ email*: .*.…………………………………………Điện thoại: ……………………………………………...

Số hợp đồng bảo hiểm*:* ……………………Hiệu lực từ ngày ………………. đến ngày …………………………

**II.** **THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU TRẢ TIỀN 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. Chỉ điền thông tin nếu người yêu cầu trả tiền bảo hiểm không phải là người được bảo hiểm.

Họ và tên: ……………………… Số CMND/Hộ chiếu: ……………… Ngày sinh: ………………………………

Đơn vị công tác: …………………………………………………… Chức danh: …………………………………

Địa chỉ email*:.*.…………………………………………Điện thoại: ………………………………………………

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm: …………………………………………………………………………….

**III. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM:**

Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm : ………………… Nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm : …………………………………

Hình thức điều trị : 🞏 Ngoại trú 🞏 Nội trú 🞏 Thai sản 🞏 Tai nạn 🞏 Nha khoa

Thời gian điều trị : từ ngày …/…/….. đến ngày …/…/…..

Chẩn đoán của bác sỹ/Diễn biến, nguyên nhân vụ việc : ……………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………………

**IV. THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Người thụ hưởng thứ nhất** | **Người thụ hưởng thứ hai** |
| Tổng số tiền yêu cầu chi trả: ………………………🞏Chuyển khoản 🞏 Tiền mặtHọ và tên: …………………………………………..Số CMND/hộ chiếu: ……………………………….Số tài khoản: …………………………………….....Tên ngân hàng*:* …………………………………… | Tổng số tiền yêu cầu chi trả: ……………………….🞏Chuyển khoản 🞏 Tiền mặtHọ và tên: …………………………………………..Số CMND/hộ chiếu: ………………………………..Số tài khoản: ……………………………………......Tên ngân hàng*:* …………………………………….. |

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

1. Tôi cam đoan rằng những lời khai trên là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như tôi được biết. Nếu có sai sót, tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm. Bất cứ thông tin nào được gửi từ địa chỉ email nêu trên được coi là sự xác nhận chính thức bằng văn bản của tôi.

2. Tôi cam kết chỉ sử dụng 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. Tôi đồng ý để BIC/đại diện của BIC tiếp cận với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xem xét quyền lợi BH này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc tiếp cận với bác sỹ nơi NĐBH đã và đang điều trị.

3. Người thụ hưởng có trách nhiệm thông báo phương án giải quyết của BIC và trả số tiền bảo hiểm đã được BIC thanh toán cho NĐBH/ Người giám hộ của NĐBH/Người thừa kế hợp pháp. BIC không chịu trách nhiệm đối với bất kỳ phát sinh tranh chấp/khiếu nại liên quan đến việc chuyển tiền bảo hiểm giữa người thụ hưởng và NĐBH/Người giám hộ/Người thừa kế.

 *…….. ngày …. tháng …. năm ……*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **NĐBH/ Người yêu cầu trả tiền BH** *(ký, ghi rõ họ tên)*  |