

BM-08-03-CN-02-02

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

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 Bảo hiểm BSH xem 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 (NĐBH)

Họ tên NĐBH:

Giới tính:

Số CMND/Hộ chiếu/Căn cước công dân:

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 xảy ra:

Thời gian, địa điểm:

Nguyên nhân – diễn biến:

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

D. THÔNG TIN THANH TOÁN

Tổng số tiền yêu cầu chi trả (nếu có):

Hình thức thanh toán: [] Tiền mặt [] Chuyển khoản

Người thụ hưởng:

Số tài khoản/ Chứng minh thư nhân dân/ Căn cước công dân:

Ngân hàng:

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 BSH hoặc môi giới bảo hiểm (nếu có) 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.

XÁC NHẬN^(nếu có)

(Chữ ký và dấu của đơn vị tham gia bảo hiểm/cơ quan chủ quản)

....., ngày .../.../.....

NGƯỜI YÊU CẦU

(Ký và ghi rõ họ tên)

