

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ HỖ TRỢ Y TẾ

BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN 24/7

Giấy chứng nhận bảo hiểm số: **P-..... /TCT/TTU/6901/.....**

Họ Tên Người được bảo hiểm: _____ Nam/ Nữ : _____

Ngày sinh : ___/___/___ Mã số thẻ bảo hiểm : _____ Số CMND/ GIẤY KHAI SINH: _____

Địa chỉ: _____

Họ Tên người khai Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm: _____

Quan hệ : _____ Điện thoại: _____ Email: _____

Mô tả tai nạn / Mô tả bệnh tật

Mô tả tai nạn	Mô tả bệnh tật
Thời gian và địa điểm xảy ra tai nạn : _____ _____	Chẩn đoán và triệu chứng bệnh : _____ _____ _____
Diễn biến của tai nạn : _____ _____ _____ _____	Thời gian khám/ nằm viện / phẫu thuật (nếu có) _____ _____ _____
Mức độ thương tật _____ _____ _____	Địa điểm _____ _____ _____
Thời gian điều trị _____ _____ _____	

1. Người được bảo hiểm đã bao giờ bị những thương tật / bệnh tương tự chưa ?

Có / Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết (khi nào, nguyên nhân, mức độ, v.v...)



2. Các chứng từ y tế, toa thuốc và hóa đơn tài chính kèm theo gồm:

- a) _____ VND
 - b) _____ VND
 - c) _____ VND
 - d) _____ VND
- Tổng cộng toàn bộ chi phí** **VND**

3. Xin hãy gửi biên bản tai nạn của cấp có thẩm quyền (trong trường hợp tai nạn nghiêm trọng do PJICO yêu cầu cung cấp)

4. Xin hãy gửi giấy chứng tử (trong trường hợp tử vong có phát sinh các chi phí vận chuyển cấp cứu)

5. Xin hãy gửi giấy xác nhận quyền đại diện hợp pháp (trong trường hợp người được bảo hiểm không phải là cha hoặc mẹ của người được bảo hiểm)

6. Xin cho biết quý khách muốn nhận tiền trả tiền bảo hiểm dưới hình thức nào: (tiền mặt / chuyển khoản)

▪ Trong trường hợp nhận tiền mặt xin cho biết :

Họ tên người thụ hưởng: _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại liên lạc: _____

Số CMND hoặc Passport: _____ Ngày cấp: _____

Nơi cấp: _____ Ngày hết hạn (nếu có): _____

▪ Trong trường hợp chuyển khoản xin cho biết:

Họ tên người thụ hưởng: _____

Địa chỉ: _____

Số TK: _____

Ngân Hàng: _____

Địa chỉ: _____

Người khai xin chịu mọi rủi ro về kết quả chuyển tiền sau khi tiền đã được cắt chuyển từ tài khoản của Quý công ty để chuyển theo đúng địa chỉ nêu trên và không đưa ra bất cứ một khiếu nại, kiện cáo gì đối với công ty.

Tôi tên là _____ cho phép bất cứ bác sỹ 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 chi tiết về sức khỏe cho PJICO. Bản photo của văn bản này cũng sẽ có hiệu lực như bản chính.

Tôi cũng cam đoan rằng những lời khai trên đây của tôi là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như những gì tôi được biết.

Người khai ký tên

Họ tên : _____

Ngày : _____