



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 (NDBH):

Họ và tên: Số CCCD/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 NDBH hoặc người thừa kế/người được uỷ quyền hợp pháp hoặc là bố/ mẹ/người giám hộ hợp pháp trong trường hợp NDBH 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 CCCD/Hộ chiếu: Ngày sinh:
Địa chỉ:
Đơn vị công tác: Chức danh:
Địa chỉ email (*): Điện thoại: Mối quan hệ với NDBH:

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 xảy ra vụ việc:

Chi tiết về các chi phí tổn thất phát sinh:

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 THU HƯỞNG QUYỀN LỢI BẢO HIỂM:

Người thụ hưởng thứ nhất			Người thụ hưởng thứ hai		
Số tiền yêu cầu chi trả:			Số tiền yêu cầu chi trả:		
☐ Chuyển khoản ☐ Tiền mặt			☐ Chuyển khoản ☐ Tiền mặt		
Họ và tên:			Họ và tên:		
Số	CCCD/hộ	chiếu:	Số CMND/hộ chiếu:		
Số	tài	khoản:	Số tài khoản:		
Tên	ngân	hàng:	Tên ngân hàng:		

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

- Tôi cam đoan rằng những thông tin nêu trên là hoàn toàn trung thực, chính xác và đầy đủ tại thời điểm lập Giấy yêu cầu này. Trường hợp có bất cứ thông tin nào không đúng sự thật hoặc sai sót, tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm theo quy định của pháp luật và HĐBH. Bất kỳ thông tin, phản hồi nào được gửi từ địa chỉ thư điện tử (email) nêu trên được coi là sự xác nhận chính thức bằng văn bản của tôi.
- Tôi cam kết chỉ sử dụng hóa đơn, chứng từ 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.
- Trên cơ sở BIC tuân thủ đầy đủ các quy định pháp luật về bảo vệ dữ liệu cá nhân:
 - Tôi đồng ý để BIC/đại diện hợp pháp của BIC thu thập, sử dụng và xử lý dữ liệu cá nhân của tôi/Người được bảo hiểm cho việc xem xét quyền lợi bảo hiểm và thực hiện Hợp đồng bảo hiểm đã ký kết, phù hợp với các quy định của Luật bảo vệ dữ liệu cá nhân và các quy định của pháp luật có liên quan.
 - Đồng thời, tôi đồng ý ủy quyền cho BIC/đại diện hợp pháp của BIC trong phạm vi cần thiết được liên hệ, làm việc và đề nghị các bên thứ ba có liên quan (bao gồm nhưng không giới hạn ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, bác sỹ, cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm/tôi đã và/hoặc đang điều trị, các cơ quan có thẩm quyền khác) để yêu cầu cung cấp, thu thập các tài liệu, hồ sơ bệnh án, các thông tin sức khỏe, y tế, thông tin cần thiết khác cho việc giải quyết quyền lợi bảo hiểm.
- 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 NDBH/ Người giám hộ của NDBH/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 NDBH/Người giám hộ/Người thừa kế.
- Tôi đồng ý trong vòng 01 ngày kể từ ngày nhận được Thông báo phương án giải quyết từ BIC gửi tới email (*), nếu tôi không có bất cứ ý kiến phản hồi nào thì được hiểu là 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.

..... ngày tháng năm
NDBH/ Người yêu cầu trả tiền BH
(ký, ghi rõ họ tên)