



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN
BẢO HIỂM SÀI GÒN - HÀ NỘI

Số 86 Bà Triệu, P. Hàng Bài, Q. Hoàn Kiếm, TP. Hà Nội

(024) 3793 1111

(024) 3793 1155



1900 96 96 09

www.bshc.com.vn

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

I. Thông tin về người khai

Họ và tên: Giới tính:
Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu: Ngày sinh:
Địa chỉ:
Email (*): Điện thoại:
Là: NĐBH ☐ Người đại diện của NĐBH ☐ Người thừa kế của NĐBH ☐

II. Thông tin về Người được bảo hiểm

Tên người được bảo hiểm: Giới tính:
Số CMND/Thẻ căn cước/Hộ chiếu: Ngày sinh:
HĐBH/GCNBH/Thẻ BH số:

III. Thông tin về sự kiện bảo hiểm

1. Loại sự kiện bảo hiểm: Tai nạn ☐ Ốm đau/Bệnh tật ☐ Thai sản ☐

2. Chi tiết tai nạn:

Thời gian: Địa điểm:
Diễn biến:
.....
Nguyên nhân:
Hậu quả:
Tai nạn có liên quan đến công việc không? (Nếu có, đề nghị ghi rõ sự liên quan)
.....

3. Chi tiết ốm đau/bệnh tật:

Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên:
Chẩn đoán bệnh của bác sĩ:
Bệnh này đã từng được chữa trị trong quá khứ chưa? (Nếu có, đề nghị ghi thêm chi tiết)
Thời gian điều trị: Nơi điều trị:



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN
BẢO HIỂM SÀI GÒN - HÀ NỘI

Số 86 Bà Triệu, P. Hàng Bài, Q. Hoàn Kiếm, TP. Hà Nội

(024) 3793 1111
(024) 3793 1155



1900 96 96 09
www.bshc.com.vn

4. Chi tiết thai sản:

Người mẹ có gặp bất thường sau sinh không? (Nếu có, đề nghị ghi rõ)

.....

Em bé có phải điều trị sau sinh không? (Nếu có, đề nghị ghi rõ)

.....

IV. Nội dung yêu cầu trả tiền bảo hiểm

1. Các hồ sơ, chứng từ gửi kèm:

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

2. Số tiền đề nghị chi trả bảo hiểm:

Tổng số tiền:

Chi tiết:

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

2. Hình thức thanh toán:

Chuyển khoản ☐

Tiền mặt ☐

Người thụ hưởng:

Người thụ hưởng:

Tài khoản VND:

CMND/Thẻ CC/Hộ chiếu:

Ngân hàng:

Ngày/Nơi cấp:

Tôi đồng ý để bất cứ bác sĩ 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 của Người được bảo hiểm cho BSH. Bản sao của các tài liệu này cũng sẽ có hiệu lực như bản chính. Tôi cũng cam đoan rằng những lời khai trên đây là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như tôi được biết.



TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN
BẢO HIỂM SÀI GÒN - HÀ NỘI

Số 86 Bà Triệu, P. Hàng Bài, Q. Hoàn Kiếm, TP. Hà Nội

(024) 3793 1111

(024) 3793 1155



1900 96 96 09

www.bshc.com.vn

Tôi đồng ý trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo phương án giải quyết (gửi tới địa chỉ hoặc email nêu trên), nếu tôi không có ý kiến phản hồi nào thì được coi là tôi đã chấp thuận phương án giải quyết như đã thông báo và không còn bất cứ khiếu kiện gì nữa về sự kiện bảo hiểm này.

(*) Bất cứ thông tin nào được gửi từ địa chỉ email này được coi như sự xác nhận chính thức bằng văn bản của tôi.

Xác nhận của cơ quan chủ quản
(trường hợp Bên mua bảo hiểm là tổ chức)

Người khai (ký, ghi rõ họ tên)

Ngày: ... / ... /