

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày..... tháng..... năm.....

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Kính gửi: Công ty

Tên Người yêu cầu bảo hiểm:

Địa chỉ:

Với tư cách: Người được bảo hiểm Người được ủy quyền hợp pháp của Người được bảo hiểm Người thụ hưởng hợp pháp của Người được bảo hiểm.

Có mua bảo hiểm [Tên sản phẩm bảo hiểm]: tại Quý Công ty theo các chi tiết cụ thể như sau:

1. Hợp đồng bảo hiểm số/ GCNBH số: Cấp ngày:
2. Hiệu lực từ ngày: Đến ngày:
3. Tên Người được bảo hiểm:
4. Địa chỉ:
5. Điện thoại: Email:
6. Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn:
7. Nơi xảy ra tai nạn:
8. Chẩn đoán bệnh /Nguyên nhân & diễn biến vụ tai nạn:
-
9. Tên bệnh viện/phòng khám điều trị:
10. Ngày nhập viện Ngày xuất viện:.....
11. Tổng số tiền yêu cầu bồi thường:
12. Hình thức nhận tiền bồi thường:

<input type="checkbox"/> Nhận tiền qua Ngân hàng Người thụ hưởng: Số tài khoản:..... Tên Ngân hàng: Địa chỉ ngân hàng:.....	<input type="checkbox"/> Nhận tiền tại Bưu cục Người thụ hưởng/được ủy quyền: Số CMND: Ngày cấp:..... Nơi cấp: Tên bưu cục nhận tiền:
--	--

Cam kết:

Tôi, với tư cách là người yêu cầu bồi thường, xin cam kết những lời khai nêu trên là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật và theo các quy định của PTI về hồ sơ bồi thường này. Tôi cũng đồng ý rằng với Giấy yêu cầu này, tôi cho phép PTI tiếp xúc với các bên thứ ba (từ bất kỳ bác sĩ, cơ sở y tế, nhà thuốc, Công ty và các đại lý hoặc các tổ chức khác...) để thu thập thông tin cần thiết thực hiện xem xét bồi thường cho hợp đồng bảo hiểm của tôi và/hoặc người thân của tôi.

Hồ sơ đính kèm:

- Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm (Bản chính)
-
-
-
-
-
-

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm
(ký tên, ghi rõ họ tên)

Họ tên: _____