

MỤC A: CHI TIẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

(Điền đầy đủ tất cả các mục)

Tên Người Được Bảo Hiểm : _____
Số Hợp đồng: _____ Mã số: _____
Địa chỉ liên lạc: _____
Điện Thoại: _____ Email: _____

MỤC B: UỶ QUYỀN

Tôi ủy quyền cho bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, công ty bảo hiểm hoặc cơ sở y tế nào đã tham gia chăm sóc tôi, cung cấp cho Công ty bảo hiểm (hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) và cho phép Công ty bảo hiểm nói trên (hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) xem xét bất kỳ và tất cả những thông tin được yêu cầu đối với bất kỳ bệnh tật hoặc tai nạn nào, bệnh sử, hội chẩn, toa thuốc hoặc điều trị và bản sao tất cả hồ sơ của bệnh viện hoặc hồ sơ y tế và hồ sơ của bất kỳ cơ quan nhà nước nào có liên quan đến tai nạn hoặc bệnh tật đó. Tôi đồng ý rằng bản sao chụp của mục uỷ quyền này có giá trị và hiệu lực như bản gốc.

Trường hợp tôi chỉ định tài khoản nhận tiền chi trả quyền lợi được bảo hiểm không phải là tài khoản của Người được bảo hiểm theo Hợp đồng/GCNBH, tôi cam kết: tự chịu trách nhiệm và tự chịu các rủi ro pháp lý; cam kết không tranh chấp, khiếu nại bất kỳ nội dung liên quan đến việc Công ty đã chi trả theo sự chỉ định của tôi theo Giấy yêu cầu bồi thường này.

Ngày (ngày/ tháng/ năm)

Ký tên
(Người được bảo hiểm; hoặc cha mẹ
nếu người được bảo hiểm là người dưới 18 tuổi)

MỤC C: TƯỜNG TRÌNH CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (hoặc cha mẹ nếu người được bảo hiểm dưới 18 tuổi)

1. Là kết quả của một Tai nạn
(a) Tai nạn xảy ra khi nào? _____
(b) Tai nạn xảy ra ở đâu? _____
(c) Vui lòng mô tả ngắn gọn hoàn cảnh xảy ra tai nạn: _____

(d) Những phần nào của cơ thể bị thương? _____
(e) Thời gian thăm khám/ điều trị lần đầu tiên là khi nào (ngày/tháng/năm)? _____
(f) Nơi đầu tiên đến khám/ điều trị (tên bệnh viện/ phòng khám)? _____

(g) Có biên bản của cảnh sát không? Có Không . Nếu có, vui lòng cung cấp biên bản của cảnh sát cho chúng tôi

2. Là kết quả của một Bệnh:
(a) Tên bệnh/ chẩn đoán của bác sĩ? _____
(b) Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào? _____
(c) Lần đầu tiên đến bác sĩ thăm khám cho vấn đề này là khi nào (ngày/tháng/năm)? _____
(d) Nơi đầu tiên đến khám/ điều trị (tên của bệnh viện/ phòng khám)? _____

3. Số tiền yêu cầu bồi thường: _____

4. Chi tiết thanh toán
Phương thức thanh toán:
 Tiền mặt Chuyển khoản (Vui lòng điền chi tiết thông tin tài khoản VND dưới đây)
Tên chủ tài khoản: _____
Số tài khoản: _____
Tên ngân hàng: _____
Địa chỉ ngân hàng: _____

Nếu chỉ định tài khoản không phải là tài khoản của Người được bảo hiểm, xin vui lòng nêu rõ lý do: _____

MỤC D: CAM KẾT

Tôi, ký tên dưới đây, cam kết rằng những khai báo trong giấy này là đúng sự thật. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp bất cứ thông tin nào được yêu cầu trong giấy này thì có thể dẫn đến việc Công ty không thể xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường này

Ngày (ngày/ tháng/ năm)

Ký tên
(Người được bảo hiểm; hoặc cha mẹ
nếu người được bảo hiểm là người dưới 18 tuổi)