

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

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM BIC CARE

I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên người được bảo hiểm:Giới tính:.....

Ngày sinh:

Địa chỉ:.....

Số CMND/Hộ chiếu:.....Ngày cấp..... Nơi cấp.....

Địa chỉ Email (*):Điện thoại.....

Hợp đồng bảo hiểm số:Mã số thẻ BIC care:

N

II. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM

1. Mô tả sự kiện bảo hiểm (tai nạn, bệnh tật, thai sản.....) *thời gian, địa điểm, nguyên nhân tai nạn, triệu chứng bệnh, chẩn đoán của bác sĩ, thời gian, địa điểm điều trị:*

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

2. Tai nạn có liên quan đến công việc không? *(Nếu có, đề nghị ghi rõ sự liên quan)*

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

3. Những bệnh tật tương tự đã từng bị trong quá khứ chưa? *(Nếu có, đề nghị cho biết chi tiết)*

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

III.ĐỀ NGHỊ CHI 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:

.....

3. Hình thức đề nghị chi trả: Tiền mặt /Chuyển khoản

Họ và tên người thụ hưởng:

Địa chỉ:

Số CMND (hộ chiếu):.....Ngày cấp.....Nơi cấp.....

Số tài khoản.....Tại ngân hàng

Tên tôi là 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 BIC. 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.

(*). 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 (người được bảo hiểm/người được ủy quyền/người thừa kế hợp pháp).

Người khai (*ký, ghi rõ họ tên*)

Ngày: ... / ... /