# GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

# BẢO HIỂM CHILDREN CARE

Giấy chứng nhận bảo hiểm số: **P - \_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

Họ Tên Người được bảo hiểm:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nam/ Nữ :

Ngày sinh : \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mã số thẻ bảo hiểm : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Số CMND/ GIẤY KHAI SINH:

Địa chỉ:

Họ Tên người khai Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm:

Quan hệ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email:

**Mô tả tai nạn / Mô tả bệnh tật**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mô tả tai nạn** | **Mô tả bệnh tật** |
| Thời gian và địa điểm xảy ra tai nạn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Diễn biến của tai nạn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mức độ thương tật \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Thời gian điều trị \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Chẩn đoán và triệu chứng bệnh \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Thời gian khám/ nằm viện / phẫu thuật (nếu có)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Địa điểm\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Người được bảo hiểm đã bao giờ bị những thương tật / bệnh tương tự chưa ? Có / Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết (khi nào, nguyên nhân, mức độ, v.v…)

1. Các chứng từ y tế, toa thuốc và hóa đơn tài chính kèm theo gồm:
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VND
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VND
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VND
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VND

**Tổng cộng toàn bộ chi phí** **VND**

1. Xin hãy gửi biên bản tai nạn của cấp có thẩm quyền (trong trường hợp tai nạn nghiêm trọng do PJICO yêu cầu cung cấp)
2. Xin hãy gửi giấy chứng tử (trong trường hợp tử vong có phát sinh các chi phí vẩn chuyển cấp cứu)
3. Xin hãy gửi giấy xác nhận quyền đại diện hợp pháp (trong trường hợp người được bảo hiểm không phải là cha hoặc mẹ của người được bảo hiểm)
4. Xin cho biết quý khách muốn nhận tiền trả tiền bảo hiểm dưới hình thức nào: (tiền mặt / chuyển khoản)

**▪ Trong trường hợp nhận tiền mặt xin cho biết** :

Họ tên người thụ hưởng:

Địa chỉ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Điện thoại liên lạc:

Số CMND hoặc Passport: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày cấp:

Nơi cấp:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ngày hết hạn (nếu có):

**▪ Trong trường hợp chuyển khoản xin cho biết**:

Họ tên người thụ hưởng:

Địa chỉ:

Số TK:

Ngân Hàng:

Địa chỉ:

Người khai xin chịu mọi rủi ro về kết quả chuyển tiền sau khi tiền đã được cắt chuyển từ tài khoản của Quý công ty để chuyển theo đúng địa chỉ nêu trên và không đưa ra bất cứ một khiếu nại, kiện cáo gì đối với công ty.

Tôi tên là \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cho phép bất cứ bác sỹ 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 cho PJICO. Bản photo của văn bản này cũng sẽ có hiệu lực như bản chính.

Tôi cũng cam đoan rằng những lời khai trên đây của tôi là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như những gì tôi được biết.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **Người khai ký tên** |
|  | Họ tên :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ngày :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |