|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN****VỮNG TÂM AN** |  |

Bên mua bảo hiểm: ……………………………………………………….

Số hợp đồng/GCN: …………………………………………………

|  |
| --- |
| **I. THÔNG TIN CÁ NHÂN** |
| Tên người được bảo hiểm |  |
| Ngày sinh |  |
| Điện thoại |  |
| Email |  |
| **II. THANH TOÁN** |
| Số tài khoản |  |
| Tên Ngân hàng – chi nhánh |  |
| Người thụ hưởng |  |
| **III. THÔNG TIN VỀ ĐIỀU TRỊ** |
| Ngày xảy ra |  |
| Chuẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn |  |
| Số tiền yêu cầu bồi thường/Quỹ hỗ trợ |  |
| Cơ sở y tế điều trị |  |

🗹Tôi, với tư cách là người yêu cầu trả tiền xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật

 Tôi cũng đồng ý rằng với giấy yêu cầu này, tôi cho phép Công ty bảo hiểm và đại diện của họ tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét trả tiền này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sĩ đã và đang điều trị cho tôi.

 Tôi cũng đề nghị công ty bảo hiểm thanh toán cho tôi vào tài khoản như thông tin tài khoản trên giấy yêu cầu trả tiền.

 Tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này và thông tin đã kê khai cùng với hồ sơ đã nộp cho Công ty bảo hiểm.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ngày cấp  |
| Chữ ký & họ tên |