



BẢO HIỂM SỨC KHỎE GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm số: _____

I/ Thông tin cá nhân:

Tên Người được bảo hiểm: _____ Nam/ Nữ : _____

Ngày sinh : ____/____/____ Mã số thẻ bảo hiểm : _____

Số CMND: _____

Đang làm việc tại: _____

Chức danh : _____

Ngày bắt đầu bảo hiểm của NĐBH : _____

Điện thoại: _____ Email: _____

II. Thông tin tai nạn/bệnh, thai sản:

Mô tả tai nạn	Mô tả bệnh tật, thai sản
<p>Tai nạn có liên quan đến công việc hay không? Thời gian và địa điểm xảy ra tai nạn:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Nguyên nhân, diễn biến tai nạn (kê khai chi tiết):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Mức độ thương tật:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Thời gian điều trị:</p> <p>_____</p>	<p>Chẩn đoán và triệu chứng bệnh:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Thời gian nằm viện/phẫu thuật (nếu có):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Cơ sở y tế:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

III. Thanh toán:

1/ Chi phí thực tế:

- Tổng chi phí y tế phát sinh: _____

- Số ngày nghỉ thực tế: _____

2. Thông tin nhận tiền bảo hiểm (bằng tiền mặt/chuyển khoản):• **Trong trường hợp nhận tiền mặt:**

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:**

Họ tên người thụ hưởng: _____

Số tài khoản: _____

Ngân hàng: _____

Địa chỉ: _____

IV. Hồ sơ đính kèm :

<input type="checkbox"/> Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Kết quả chụp chiếu, XN	<input type="checkbox"/> Biên bản sự việc
<input type="checkbox"/> Giấy ra viện	<input type="checkbox"/> Hóa đơn/Biên lai viện phí	<input type="checkbox"/> Giấy đăng ký xe
<input type="checkbox"/> Giấy chứng thương	<input type="checkbox"/> Bảng kê chi phí điều trị/thuốc	<input type="checkbox"/> Bằng lái xe
<input type="checkbox"/> Phiếu mổ/GCN phẫu thuật	<input type="checkbox"/> Giấy nghỉ hưởng BHXH	<input type="checkbox"/> Biên bản công an
<input type="checkbox"/> Sổ khám bệnh/đơn thuốc	<input type="checkbox"/> Bảng chấm công	<input type="checkbox"/> Giấy chứng tử/trích lục khai tử
<input type="checkbox"/> Phiếu chỉ định chụp chiếu, XN	<input type="checkbox"/> Hợp đồng lao động	<input type="checkbox"/> Chứng từ khác

Tôi và/ hoặc Người được bảo hiểm xin cam đoan những thông tin cung cấp trên là hoàn toàn đúng sự thật và yêu cầu PJICO xem xét giải quyết trả tiền bảo hiểm theo các điều kiện, điều khoản của Quy tắc và hợp đồng bảo hiểm và hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này, đồng thời đồng ý ủy quyền cho người đại diện của PJICO trong việc thu thập các chứng từ y tế tại các cơ sở y tế nơi Người được bảo hiểm khám chữa bệnh để có cơ sở giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm được đảm bảo.

....., ngày.....tháng.....năm

Xác nhận

(Của cơ quan nơi công tác, ký tên đóng dấu)

Người được bảo hiểm/Người được ủy quyền hợp pháp

(Ký, ghi rõ họ tên)