

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

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

A. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm: Phạm Văn Duy

Mối quan hệ với Người được bảo hiểm:

Số điện thoại: 0827894448

E-mail: pvanduy@tma.com.vn

Đề nghị Bảo hiểm VietinBank xét giải quyết hồ sơ chi trả tiền bảo hiểm về rủi ro của Người được bảo hiểm với thông tin sau

B. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH)

Họ tên NDBH: PHẠM VĂN DUY

Giới tính: Nam

Số CMND/Hộ chiếu: 371939796

Ngày sinh: 04/08/1999

Đơn vị tham gia bảo hiểm: 005.74840 - CÔNG TY TNHH GIẢI PHÁP PHẦN MỀM TƯỜNG MINH

Số GCNBH/Số thẻ BH: 0201+236003821

Địa chỉ ⁽¹⁾: HƯỞNG

Số điện thoại: 0827894448

E-mail: pvanduy@tma.com.vn

C. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM

STT	Diễn biến SKBH	Ngày khám/ nhập viện	Cơ sở y tế	Chẩn đoán	Quyền lợi	Hình thức
1	Vào ngày 21 tháng 01 năm 2024, tại sân bóng đá Tí Đô- 1426 đường số 7, Phường 13, Gò Vấp, Hồ Chí Minh, trong khi tham gia trận đấu, tôi đã xảy ra va chạm với một cầu thủ khác. Phần cánh tay của cầu thủ đối phương tác động vào mạn sườn của tôi, gây ra chấn thương lồng ngực	26/01/2024	BỆNH VIỆN ĐA KHOA HOÀN MỸ SÀI GÒN	Căng cơ quá mức; Tổn thương của lồng ngực;	Chi phí y tế điều trị ngoại trú do bệnh	Ngoại trú

D. HỒ SƠ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM GỬI KÈM

+ Hóa đơn GTGT/ Hóa đơn bán hàng/ Hóa đơn bán lẻ/ Biên lai thu tiền phí, lệ phí/ Hóa đơn bán lẻ/ Biên bản điều chỉnh hóa đơn

+ Hồ sơ yêu cầu bồi thường

+ Sổ khám bệnh/ Phiếu khám bệnh/ Phiếu điều trị răng (ngoại trú)

+ Cận lâm sàng: xét nghiệm, thăm do chức năng, chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, chụp X-Quang, nội soi...)- (ngoại trú) kèm chỉ định

+ Đơn thuốc/ Toa thuốc/Lộ trình điều trị Vật lý trị liệu(ngoại trú).

E. THÔNG TIN THANH TOÁN

Nội dung yêu cầu chi trả bảo hiểm		Hình thức thanh toán Thông tin người thụ hưởng
1. Tổng số tiền yêu cầu chi trả: 1.461.000 VNĐ		[] Tiền mặt [X] Chuyển khoản Người thụ hưởng: PHAM VAN DUY
2. Chi trả bảo hiểm cho trường hợp:	[] Tử vong do bệnh [] Tử vong do tai nạn	

<input type="checkbox"/> Thương tật TB/ BP vĩnh viễn <input checked="" type="checkbox"/> Chi phí y tế điều trị <input type="checkbox"/> Vận chuyển cấp cứu <input type="checkbox"/> Trợ cấp <input type="checkbox"/> Khác	Số tài khoản tương ứng: 9021487770530 Ngân hàng tương ứng: NHTMCP Ban Viet Hoi so chinh
---	--

F. CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi/ chúng tôi cam đoan những thông tin kê khai trên đây là chính xác và đầy đủ. Tôi/ chúng tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu có bất cứ sự sai lệch nào về thông tin đã cung cấp và bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền được chi trả bảo hiểm.

Tôi/ chúng tôi cũng đồng ý rằng bằng Giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm này, Tôi/ chúng tôi cho phép đại diện của Bảo hiểm VBI được quyền tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này, không giới hạn ở việc tiếp xúc với (các) bác sĩ đã và đang điều trị cho NĐBH.

Tôi/ chúng tôi đồng ý trong vòng 03 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo trả tiền bảo hiểm gửi tới địa chỉ ⁽¹⁾ hoặc email (*) đã được kê khai tại mục B nêu trên, nếu Tôi/ chúng tôi không có ý kiến phản hồi nào thì được coi là Tôi/ chúng tôi đã chấp thuận phương án giải quyết như đã thông báo và không còn bất cứ khiếu kiện gì về sự kiện bảo hiểm này.

XÁC NHẬN

(Chữ ký và dấu của đơn vị tham gia bảo hiểm/cơ quan chủ quản hoặc chính quyền, công an nơi xảy ra tai nạn)

XÁC NHẬN CỦA NĐBH

Tôi đồng ý ủy quyền cho Người yêu cầu nhận số tiền chi trả bảo hiểm mà Bảo hiểm Vietinbank chi trả cho tôi./

TP.HCM, ngày 03/02/2024

NGƯỜI YÊU CẦU

(Ký và ghi rõ họ tên)



Phạm Văn Duy