****

**GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM**

**DU LỊCH TOÀN CẦU**

|  |  |
| --- | --- |
| Họ tên Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm |  |
| Họ tên Người được bảo hiểm |   |
| Địa chỉ |   |
| Ngày tháng năm sinh |   | Số hộ chiếu |   |
| Số Giấy chứng nhận bảo hiểm |    |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm |   | Nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm |   |
| Sự kiện bảo hiểm |  Tai nạn cá nhân (Tử vong hoặc thương tật toàn bộ vĩnh viễn) |
|  Chi phí điều trị y tế |
|  Mất hành lý, giấy tờ đi đường |
|  Chuyến đi hoặc hành lý bị trì hoãn, lỡ nối chuyến  |
|  Hủy bỏ hoặc rút ngắn chuyến đi  |
|  Trách nhiệm cá nhân đối với bên thứ ba  |

1. **Tai nạn cá nhân/ chi phí điều trị y tế**

Diễn biến sự kiện bảo hiểm:

Hậu quả:

Chi phí điều trị (kèm theo chứng từ):

1. **Mất hành lý, giấy tờ đi đường**

Diễn biến sự kiện bảo hiểm:

Hậu quả / *Result:*

**Liệt kê các vật dụng bị thiệt hại hoặc mất:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên đồ vật bị mất/thiệt hại | Ngày mua hoặc chứng từ liên quan thay thế thể hiện thông tin  | Giá trị đồ vật/ giá sửa chữa (vui lòng ghi rõ số tiền, cung cấp hóa đơn, hoặc giá sửa chữa) |
|  1. |   |   |
|  2. |   |   |
|  3. |   |   |

**III. Chuyến đi hoặc hành lý bị trì hoãn, lỡ nối chuyến***:*

Lý do bị trì hoãn hoặc lỡ nối chuyến:

Tại địa điểm:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Ngày tháng | Thời gian khởi hành  | Thời gian đến | Ký hiệu chuyến bay |
| Giờ khởi hành theo dự kiến |   |   |   |   |
| Giờ khởi hành thực tế |   |   |   |   |

**IV. Hủy bỏ hoặc rút ngắn chuyến đi**

Nguyên nhân hủy bỏ hoặc rút ngắn chuyến đi:

Thời gian dự kiến chuyến đi (*period of original journey)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Họ tên người bị nạn | Mối quan hệ với người được bảo hiểm | Bệnh được chẩn đoán |
|   |   |   |

**V.Trách nhiệm cá nhân đối với bên thứ 3***:*

Mô tả sự việc:

Thông tin bên thứ 3 (họ tên & số điện thoại):

**Tổng số tiền bị thiệt hại:**

**Tổng số tiền yêu cầu bồi thường:**

Đề nghị thanh toán số tiền bảo hiểm về tài khoảnsau:

Người thụ hưởng:

Số tài khoản: Ngân hàng:

Tôi và những người được bảo hiểm (được gọi là “Chúng tôi”) cam kết rằng những thông tin trên đây là chính xác và đầy đủ. Tôi/Chúng tôi đồng ý cho phép các bệnh viện, phòng khám, y bác sỹ cung cấp thông tin về quá trình điều trị và sức khỏe của Tôi/Chúng tôi cho Tổng Công Ty Cổ Phần Bảo Hiểm Toàn Cầu.

 ..., Ngày………. Tháng …….. Năm……….

 Tên và chữ ký của người được bảo hiểm