

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

(Theo chương trình Hợp tác cùng HOME CREDIT)

(Vui lòng điền đầy đủ thông tin theo các mục dưới đây và gửi lại cho Bảo hiểm GIC ngay khi kết thúc việc điều trị)

I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ tên: _____ Ngày sinh: _____
Số CCCD/Hộ chiếu: _____ Số điện thoại: _____
Địa chỉ liên hệ: _____
Đơn vị công tác: _____ Email: _____
Số hợp đồng bảo hiểm/Số giấy chứng nhận bảo hiểm: _____ Số thẻ BHYT: _____
Hiệu lực từ: _____ Hiệu lực đến: _____

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

(Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải là NĐBH hoặc người thừa kế/ người thụ hưởng/ người được chỉ định trên HĐBH/ người được ủy quyền hợp pháp của NĐBH hoặc bố/mẹ/người giám hộ hợp pháp trong trường hợp NĐBH dưới 18 tuổi. Vui lòng chỉ điền thông tin nếu NĐBH khác với Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm)

Họ tên: _____ Ngày sinh: _____
Số CCCD/Hộ chiếu/ Passport: _____ Số điện thoại: _____
Địa chỉ liên hệ: _____
Mối quan hệ với NĐBH: _____

III. THÔNG TIN VỀ SỰ KIẾN BẢO HIỂM

Ngày xảy ra sự kiện: _____ Cơ sở điều trị: _____
Hình thức điều trị: Ngoại trú Nội trú
Từ ngày: _____ Đến ngày: _____
Chẩn đoán của bác sĩ: _____
Mô tả chi tiết diễn biến của bệnh (Triệu chứng xuất hiện lần đầu tiên khi nào/ Bệnh đã được chữa trị trong quá khứ chưa/ tên, địa chỉ nơi điều trị trước đây/ quá trình điều trị bệnh từ khi có triệu chứng đến nay): _____

Tổng số tiền yêu cầu: _____

IV. THÔNG TIN VỀ HÌNH THỨC TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

Tiền mặt (nhận tại GIC) Chuyển khoản
Khi nhận tiền mặt, Người nhận tiền phải xuất trình giấy CMND/CCCD/Hộ chiếu và giấy thông báo nhận tiền bảo hiểm
Tên tài khoản: _____
Số tài khoản: _____
Ngân hàng: _____ Chi nhánh _____
Địa chỉ ngân hàng: _____

V. CAM KẾT

Tôi/ NĐBH, với tư cách là người yêu cầu trả tiền bảo hiểm xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật.
Tôi/ NĐBH, bằng văn bản này đồng ý cho phép bệnh viện, phòng khám, y bác sĩ khám chữa bệnh cho Tôi/NĐBH, cung cấp toàn bộ các thông tin liên quan đến bệnh tật hoặc thương tật của Tôi/NĐBH, về quá trình chữa trị, khám bệnh kê toa hoặc điều trị, cùng toàn bộ bản sao của chứng từ y tế hoặc các cơ quan/tổ chức khác cung cấp các thông tin về Tôi/NĐBH cho Công ty Bảo hiểm Toàn Cầu (GIC)

và/hoặc người đại diện theo ủy quyền của GIC khi có yêu cầu, nhằm phục vụ cho việc xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm của Tôi/ NĐBH từ GIC.

Tôi/ NĐBH đồng ý để GIC sử dụng Dữ liệu cá nhân nêu trên để xử lý, giải quyết quyền lợi bảo hiểm.

CÁC GIẤY TỜ KÈM THEO

- Tóm tắt bệnh án
- Giấy ra viện
- Toa thuốc, sổ khám bệnh
- Giấy chứng nhận phẫu thuật
- Kết quả xét nghiệm, X-quang, mô bệnh học, giải phẫu bệnh...
- Trích lục khai tử/ Giấy báo tử
- Hóa đơn, biên nhận, bảng kê chi phí
- Các giấy tờ khác

Ngày _____ tháng _____ năm 202_____

NGƯỜI YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

(Ký và ghi rõ họ tên)

CLAIM REQUEST

CRITICAL ILLNESSES INSURANCE

(According to the Cooperation program with HOME CREDIT)

(Please fill out all information in the sections below and return it to GIC Insurance immediately upon completion of treatment)

I. INFORMATION ABOUT THE INSURED PERSON

Full name: _____ Date of birth: _____
ID/Passport number: _____ Phone number: _____
Address: _____
Work unit: _____ Email: _____
Insurance contract number/Insurance certificate number: _____
Valid from: _____ Valid till: _____

II. INFORMATION ABOUT INSURANCE CLAIMER

(The person requesting insurance claim payment must be the insured person or the heir/ beneficiary/person designated on the insurance policy/ legally authorized person of the Insured or parent/legal guardian in case the Insured is under 18 years old. Please only fill in information if the Insured is different from the Applicant.)

Full name: _____ Date of birth: _____
ID/Passport number: _____ Phone number: _____
Address: _____
Relationship with the insured: _____

III. INFORMATION ABOUT INSURANCE EVENTS

Date of event: _____ Treatment facility: _____
Form of treatment: Outpatient Inpatient
Start date: _____ To date: _____
Doctor's diagnosis: _____
Describe in detail the course of the illness (When did the symptoms first appear/ Has the illness been treated in the past/ name, address of previous treatment place/ course of treatment from the time symptoms appeared until now): _____

Total claim amount requested: _____

IV. INFORMATION ABOUT INSURANCE PAYMENT

Cash (pick up at GIC)

Transfer

When receiving cash, the recipient must present ID card/Passport and notice of receipt of insurance money.

Account name: _____

Account number: _____

Bank _____ Branch: _____

Bank address: _____

V. CONFIRMATION

I/the Insured, as the person requesting insurance payment, hereby declare that the above statements are true.

I/the Insured, hereby agree to allow hospitals, clinics, and doctors to examine and treat me/the Insured, and provide all information related to my/the Insured's illness or injury, about treatment, medical examination, prescription or treatment, and all copies of medical documents or other agencies/organizations providing information about me/the Insured to Global Insurance Corporation (GIC) and/or GIC's authorized representative upon request, to serve the consideration and settlement of my/the Insured's insurance benefits from GIC.

I/the Insured agrees to let GIC use the above Personal Data to process and resolve insurance benefits.

ACCOMPANYING DOCUMENTS

- Summary of medical history
- Hospital checkout
- Prescriptions, medical records
- Surgical certificate
- Test results, X-ray, histopathology, pathology...
- Extract of death certificate/Death notice
- Invoices, receipts, expense statements
- Other documents

Date _____ month _____ 202_____

INSURANCE CLAIMER

(Sign and clearly state full name)