**GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM**

***(CLAIM FORM)***

***(Xin vui lòng gửi tất cả các chứng từ hoá đơn mà trong đó ghi rõ họ và tên Người được bảo hiểm, chẩn đoán bệnh, ngày khám bệnh, liệt kê chi tiết các chi phí với chữ ký và có đóng dấu của cơ sở y tế)***

*(Please submit documents which clearly indicate name of patient, diagnosis, date of consultation, charges breakdown with the attending physician’s chop and signature).*

|  |  |
| --- | --- |
| *Chủ hợp đồng* (Policyholder*):* | *Hợp đồng bảo hiểm số (*Policy No): |

**I. Thông tin Người được bảo hiểm *(Personal information)***

|  |  |
| --- | --- |
| *Tên người được bảo hiểm* (Name of Insured)*:*  *CCCD/Hộ Chiếu (*ID/Passport of Insured):  Đ*iện thoại* (Tel No.*):* | *Ngày sinh (*D.O.B of Insured*):*  Mức bảo hiểm *(Level)*:  Email: |

**II. Thanh toán *(Payment)***

|  |  |
| --- | --- |
| *Số tiền yêu cầu chi trả*  (Total amount claimed) | Account No*/ (Số tài khoản):*  Bank name/ *(Tên Ngân hàng):*  Bank address/ *(Địa chỉ Ngân hàng):*  Beneficiary*/ (Người thụ hưởng):* |

**III.** **Thông tin về điều trị (*Treatment information*):**

|  |
| --- |
| *Ngày xảy ra rủi ro* (Date of Incident*):*  *Ngày nhập viện* (Date of admission): *Ngày xuất viện (*Date of discharge):  *Chẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn (*Medical conditions or Diagnosis /Cause of accident):  *Tên cơ sở y tế* (Name of Hospital or clinic): |

**IV.** **Cam kết (Thông tin về điều trị):**

|  |
| --- |
| Tôi, với tư cách Người được bảo hiểm hoặc người được ủy quyền hợp pháp xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật.  *(I, as the Insured or his/her authorized representative, hereby declare that the above information is correct to the best of my knowledge and belief)*  Tôi cũng đồng ý rằng với giấy yêu cầu này, tôi ủy quyền cho 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 xem xét yêu cầu trả tiền bảo hiểm này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sĩ đã và đang điều trị cho tôi.  *(I also agree that this declaration gives permission to the insurer and their appointed representatives to approach any third party for further information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners)*  Tôi cũng đề nghị công ty bảo hiểm thanh toán tiền bảo hiểm cho tôi vào tài khoản như thông tin tài khoản trên giấy yêu cầu trả tiền bảo hiểm. Tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này.  *(I also request that the insurance company pays my compensation to the account as per the account information on the claim form. I take full responsibility before the law if there is any dispute about the right to receive this money)*  Tôi hiểu và đồng ý rằng, việc cung cấp Dữ liệu cá nhân của tôi cho PTI (bao gồm và không giới hạn bởi các thông tin PTI đã có trước, trong và sau khi tôi chấp thuận các Chính Sách Bảo Vệ Dữ Liệu Cá Nhân của PTI ) chính là sự chấp nhận toàn phần của tôi đối với “Chính Sách Bảo Vệ Dữ Liệu Cá của PTI đăng tải trên trang điện tử của Tổng công ty cổ phần Bảo hiểm Bưu điện: www.pti.com.vn và cho phép PTI sử dụng Dữ liệu cá nhân trong suốt quy trình tiếp nhận và xử lý dữ liệu cá nhân, bắt đầu từ khi PTI tiếp nhận thông tin cho đến khi có yêu cầu chấm dứt việc xử lý dữ liệu  *(I understand and agree that providing my personal data to PTI (including but not limited to information PTI has got before, during and after my acceptance of the Personal Data Protection Policies) of PTI) is my full acceptance of PTI's "Personal Data Protection Policy" posted on the website of Postal Insurance Joint Stock Corporation: www.pti.com.vn and allow PTI to use Personal Data throughout the process of receiving and processing personal data, starting from the time PTI receives the information until there is a request to stop processing the data.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date (ngày):**  **Signature of the Insured**  *(Chữ ký và họ tên của Người được bảo hiểm)*  *(Nhân viên ký thay nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi)* | **Date (ngày):**  **Signature of Policyholder & Stamp**  *(Chữ ký và dấu của đơn vị được bảo hiểm)* |