CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

**Kính gửi: Công ty Bảo Hiểm Hàng Không Thành Đô**

Tên tôi là: Ngày sinh:

Địa chỉ:

Với tư cách là: NĐBH 🞎 Đại diện của NĐBH 🞎 Thừa kế của NĐBH 🞎

Đề nghị VNI xét chi trả tiền bảo hiểm về trường hợp:

Điều trị ngoại trú: 🞎 Tai nạn: 🞎 Nằm viện phẫu thuật 🞎 Chết: 🞎

Của người được bảo hiểm:

Loại hình bảo hiểm: Học sinh, sinh viên Có hiệu lực từ ....................... đến ..............................

Đơn vị được bảo hiểm: Trường Đại học Kinh tế - Luật

Giấy chứng nhận bảo hiểm số: ........................................ Cấp ngày: ...........................................

Từ ............................................ đến .......................................

**Thông tin về điều trị:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ngày tai nạn/điều trị: ............................... | Nơi xảy ra tai nạn: ............................................... |
| Nguyên nhân tai nạn: ................................................................................................................. |
| Hậu quả tai nạn: ............................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| Nơi điều trị: ............................................................................................................................... |
| Ngày nhập viện: ....................................... | Ngày ra viện: ....................................................... |

**Tài liệu đính kèm:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ Giấy chứng tử□ Giấy chứng thương□ Đề nghị cho nghỉ của BS□ Hợp đồng lao động | □ Đơn thuốc□ Sổ khám bệnh□ Hóa đơn / biên lai□ Giấy ra viện□ Phiếu mổ | □ Biên bản sự việc□ Giấy đăng ký xe□ Bằng lái xe□ Biên bản công an□ Chứng từ khác |

**Cam đoan**: Tôi xin cam đoan những kê khai trên đây là đúng sự thực và theo sự hiểu biết của tôi. Tôi cũng đồng ý rằng, với giấy yêu cầu này, tôi cho phép VNI hoặc đại diên tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này bao gồm nhưng không giới hạn ở các bác sĩ đã và đang điều trị cho tôi.

 ................................., ngày .... tháng ..... năm 20....

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận của Trường Đại học Kinh tế - Luật** | **Người khai ký tên** |

**BẢNG KÊ CHI PHÍ PHÁT SINH**

Người yêu cầu bồi thường: ..................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Số tiền** | **Số hóa đơn / chứng từ** |
| 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Tổng cộng** |  |  |

................................., ngày ... tháng ... năm 20...

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người yêu cầu**(ký, ghi rõ họ tên) |