

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

**GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM
MIC CARE**

Kính gửi: **TỔNG CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM QUÂN ĐỘI**

Tên tôi là : _____

Địa chỉ : _____

Điện thoại : _____ Email: _____

Với tư cách: _____

Làm đơn yêu cầu Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân đội (MIC) xem xét, giải quyết trả tiền bảo hiểm cho trường hợp sau:

Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm số: _____

Tên Người được bảo hiểm: _____ Nam/ Nữ : _____

Ngày sinh : ____/____/____ Số CMND: _____ Mã số thẻ bảo hiểm : _____

Ngày bắt đầu bảo hiểm của NDBH: _____

Điện thoại: _____ Email: _____

Mô tả tai nạn / Mô tả bệnh tật

Mô tả tai nạn	Mô tả bệnh tật
Tai nạn có liên quan đến công việc hay không ? _____ Thời gian và địa điểm xảy ra tai nạn: _____ _____ _____ Diễn biến của tai nạn: _____ _____ _____ _____ Mức độ thương tật _____ _____ Thời gian điều trị _____ _____ _____	Chẩn đoán và triệu chứng bệnh : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Thời gian nằm viện / phẫu thuật (nếu có) _____ _____ _____ _____ Địa điểm _____ _____ _____

1. Quý khách đã bao giờ bị những thương tật / bệnh tương tự chưa ?

Có / Không

Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết (khi nào, nguyên nhân, mức độ, v.v...)

2. Xin hãy gửi kèm bản gốc các chứng từ y tế, toa thuốc và hóa đơn thuốc tương ứng

- a) _____ VND
b) _____ VND
c) _____ VND
d) _____ VND

Tổng cộng toàn bộ chi phí:

VND

3. Xin hãy gửi bản photo bằng lái xe và Giấy đăng ký xe gắn máy/xe hơi và biên bản Công An (nếu có) trong trường hợp bị tai nạn giao thông.

4. Xin hãy gửi bản tường trình tai nạn có xác nhận của lãnh đạo nơi làm việc (trong trường hợp tai nạn lao động).

5. Xin hãy gửi giấy chứng tử (trong trường hợp chết).

6. Xin hãy gửi giấy xác nhận quyền thừa kế hợp pháp (trong trường hợp chết) nếu người được bảo hiểm không chỉ định người thừa kế trong giấy yêu cầu bảo hiểm.

7. Xin cho biết quý khách muốn nhận tiền trả tiền bảo hiểm dưới hình thức nào : (tiền mặt /chuyển khoản)

▪ Trong trường hợp nhận tiền mặt xin cho biết :

Họ tên người thụ hưởng: _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại liên lạc: _____

Số CMND hoặc Passport: _____ Ngày cấp: _____

Nơi cấp: _____ Ngày hết hạn (nếu có): _____

▪ Trong trường hợp chuyển khoản xin cho biết :

Họ tên người thụ hưởng: _____

Địa chỉ: _____

Số TK: _____

Ngân Hàng: _____

Địa chỉ: _____

Tôi xin chịu mọi rủi ro về kết quả chuyển tiền sau khi tiền đã được cắt chuyển từ tài khoản của Quý công ty để chuyển theo đúng địa chỉ nêu trên và không đưa ra bất cứ một khiếu nại, kiện cáo gì đối với công ty.

Tôi tên là _____ cho phép bất cứ bác sỹ điều trị tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế, phòng khám đa khoa những nơi mà tôi đã điều trị cung cấp toàn bộ chi tiết về sức khỏe của tôi cho MIC. Bản photo của văn bản này cũng sẽ có hiệu lực như bản chính.

Tôi cũng cam đoan rằng những lời khai trên đây của tôi là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như những gì tôi được biết.

Người khai ký tên

(Ký, ghi rõ họ tên)