



GIẤY YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM BATD

(Dành cho gia đình NĐBH/NĐBH)

(Lưu ý quan trọng: Người yêu cầu phải đọc kỹ và hiểu rõ những nội dung trước khi kê khai. ABIC có thể từ chối hoặc giảm số tiền chi trả nếu nhận được nội dung kê khai thiếu trung thực. Văn bản này được gửi đến ABIC trong thời gian sớm nhất nhưng không quá 30 ngày kể từ ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm).

Kính gửi: Công ty CP Bảo hiểm Ngân hàng Nông Nghiệp (ABIC)

Người yêu cầu/Người thụ hưởng	.....
Địa chỉ	.....
Số CMT/hộ chiếu	.....Ngày cấp:.....Nơi cấp:.....
Số điện thoại	: CD.....Di động.....
Quan hệ với NĐBH (ghi rõ là chồng/vợ/bố/mẹ/con)	.....

Người được bảo hiểm	.....
Địa chỉ	.....
Số CMTND	.....Ngày cấp:.....Nơi cấp:.....
GCN bảo hiểm số 1	: Số Thời hạn Số tiền.....
GCN bảo hiểm số 2 (nếu có)	: Số Thời hạn Số tiền.....
GCN bảo hiểm số 3 (nếu có)	: Số Thời hạn Số tiền.....
	(Trường hợp có nhiều GCN bảo hiểm BATD thì phải liệt kê đầy đủ)

Hợp đồng tín dụng/Số vay vốn liên quan GCN bảo hiểm số 1	: Số Hợp đồng:..... Số tiền vay
	: Thời hạn:.....Lãi suất:.....
	: Kỳ hạn trả lãi ...../Lần; Ngày trả lãi cuối cùng.....
	: Dư nợ tại ngày xảy ra SKBH:

Hợp đồng tín dụng/Số vay vốn liên quan GCN bảo hiểm số 2 (nếu có)	: Số Hợp đồng:..... Số tiền vay
	: Thời hạn:.....Lãi suất:.....
	: Kỳ hạn trả lãi ...../Lần; Ngày trả lãi cuối cùng.....
	: Dư nợ tại ngày xảy ra SKBH:

Ngày, giờ xảy ra SKBH	.....
Địa điểm xảy ra	.....
Nguyên nhân:	.....

Diễn biến (Rủi ro xảy ra như thế nào – miêu tả đầy đủ)
---	-------

(Ghi rõ quá trình điều trị, các lần đi khám, các cơ sở y tế đã từng đến khám, cung cấp các giấy tờ y tế còn giữ lại)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Cơ sở y tế đã điều trị bệnh:	:
Hậu quả:	:
Cơ quan giải quyết vụ việc,	:
Người chứng kiến	:

Trường hợp NĐBH bị tai nạn có nằm viện điều trị	: Tên các bệnh viện..... :
	Đợt điều trị đầu tiên từ.....đến.....
	Cơ quan xác định mức độ thương tật.....

Tài liệu gửi kèm theo	:
	:
	:
	:
	:

Đề nghị ABIC xem xét giải quyết quyền lợi bảo hiểm theo Quy tắc bảo hiểm Bảo An Tín Dụng.

Cam đoan: Tôi xin cam đoan những kê khai trên đây là đúng sự thật. Trường hợp ABIC xác minh được các thông tin khác với lời khai, NĐBH/Người thụ hưởng đồng ý để ABIC từ chối một phần hoặc toàn bộ số tiền bảo hiểm.

Tôi đồng ý và cam kết không khiếu nại kết quả giải quyết quyền lợi bảo hiểm của ABIC theo những nội dung nêu trên.

....., Ngày.....tháng.....năm.....

Ngân hàng thụ hưởng
(Ký và đóng dấu)

Người yêu cầu
(Ký và ghi rõ họ tên)