|  |  |
| --- | --- |
| Tổng công ty Cổ phần Bảo Minh | BẢO MINH | **GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG**  Chủ hợp đồng bảo hiểm:…………………………………………………………  Số hợp đồng bảo hiểm:………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **I. THÔNG TIN CÁ NHÂN** | |
| **Họ và tên CBNV:** Ngày sinh: | |
| Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp: | |
| Email: Điện thoại: | |
| **Họ và tên người thân:** Ngày sinh: | |
| Mối quan hệ với CBNV:   Bố  Mẹ  Vợ  Chồng  Con cái | |
| Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp: | |
| Email: Điện thoại: | |
| **II. QUYỀN LỢI BẢO HIỂM** | |
| 🞎 Điều trị nội trú 🞎 Điều trị ngoại trú 🞎 Điều trị nha khoa 🞎 Thai sản 🞎 Tai nạn 🞎 Tử vong | |
| **III. THÔNG TIN YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM** | |
| |  |  | | --- | --- | | Ngày xảy ra rủi ro: …………………………………………... | Nơi điều trị: ………………………………………………... | | Ngày khám/nhập viện: ………………………………………. | Ngày kết thúc khám/xuất viện: …………………………….. | | Nguyên nhân, diễn biến: ……………………………………………………………………………………………………….. | | | …………………………………………………………………………………………………………………………………... | | | Hậu quả/Chẩn đoán: ……………………………………………………………………………………………………………. | | | ………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |  | | | |
| **IV. THÔNG TIN THANH TOÁN** | |
| Hình thức đề nghị chi trả: 🞎 Tiền mặt 🞎 Chuyển khoản  Tên chủ tài khoản: Số tài khoản:…………………………………………………….....  Tên ngân hàng: Chi nhánh:………………………………………………………….  Phòng giao dịch:................................................................Địa chỉ:............................................................................................... | |
| **V. CHỨNG TỪ ĐÍNH KÈM** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  Giấy ra viện   Giấy chứng nhận phẫu thuật   Sổ sức khỏe   Kết quả khám và xét nghiệm   Đơn thuốc   Giấy xác nhận nghỉ bệnh |  Biên lai/ hóa đơn  *(vui lòng liệt kê vào ô bên cạnh)*   Hồ sơ Tai nạn   Giấy chứng tử   Chứng từ khác  …………………………………….……………………………………. | Số biên lai/hóa đơn | Số tiền (VND) | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | Tổng cộng |  | | |
| **VI. CAM KẾT** | |
| Tôi, với tư cách là người yêu cầu bồi thường, tôi xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật, đề nghị công ty bảo hiểm thanh toán tiền bồi thường cho tôi vào tài khoản như thông tin tài khoản trên giấy yêu cầu bồi thường. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này. Tôi cũng đồng ý rằng với Giấy yêu cầu này, Tôi cho phép Công ty bảo hiểm và đại diện của họ tiếp cận với Bên thứ Ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này, nhưng không giới hạn ở việc tiếp cận Bác sĩ đã và đang đang điều trị cho Tôi | |
| **Xác nhận của Lãnh đạo đơn vị**  *(Chữ ký, họ tên và dấu của Chủ hợp đồng)* | Ngày........tháng.........năm........  **NGƯỜI YÊU CẦU**  *(Ký và ghi rõ họ tên)* |