|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tổng công ty Cổ phần Bảo Minh | BẢO MINH | | **GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG/ *CLAIM FORM***   |  |  | | --- | --- | | Chủ hợp đồng bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm/ *Policyholder*:......................................................................................................................................... | Số hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm/ *Insurance Policy No/ Certificate of Insurance No.*: …………………..  …………………………………………………………………………  Mã số Người được bảo hiểm/ID of Insured: ………………………………………… | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **THÔNG TIN NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM*/ BENEFIT CLAIMANT’S INFORMATION*** | | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên/*Full name*: | | | | | | Ngày sinh/D.O.B: | | | | | Giới tính/Gender: | |
| Số CMND/CCCD/Hộ chiếu ID/Passport No.: | | | | | | | | | | | | |
| Mối quan hệ với Người được bảo hiểm/ *Relationship with The Insured*: | | | | | | | | | | | | |
| Địa chỉ liên hệ/Address: | | | | | | | | | | | | |
| Điện thoại/ *Tel*: | | | | | | Email: | | | | | | |
| **THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM** *(Trường hợp Người yêu cầu là Người được bảo hiểm thì không cần điền tiếp vào phần này)/* ***INSURED’S INFORMATION (****In case the Claimant is the Insured, this section is not required)* | | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên/*Full name*: | | | | | | Ngày sinh/D.O.B: | | | | | Giới tính/Gender: | |
| Số CMND/CCCD/Hộ chiếu ID/Passport No.: | | | | | | | | | | | | |
| Điện thoại/ *Tel*: | | | | | | Email: | | | | | | |
| **THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM/ *INFORMATION ABOUT INSURANCE CLAIM*** | | | | | | | | | | | | |
| Ngày xảy ra rủi ro/ *Date of occurrence of the risk:* | | | | | | Nơi xảy ra rủi ro/ *Place of occurrence of the risk:* | | | | | | |
| Nơi điều trị/*Place of treatment:* | | | | | | Ngày khám/nhập viện/*Date of examination / hospitalization:* | | | | | | |
| Ngày kết thúc khám/xuất viện/ *End date of examination/hospital discharge:* | | | | | | Hình thức điều trị/ *Treatment*: | | | | | | |
| Nguyên nhân, diễn biến/*Causes and developments*: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Hậu quả/Chẩn đoán/*Consequences/Diagnosis*: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Các thông tin khác (nếu có, ghi rõ)/ *Other information (if any, specify):* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **CHỨNG TỪ ĐÍNH KÈM/ *ATTACHED DOCUMENTS*** | | | | | | | | | | | | |
| **Chứng từ y tế/ *Medical documents*** | | |  | **Chứng từ thanh toán/*Payment documents*** | | | |  | **Chứng từ khác/*Other documents*** | | | |
| 1 □ | Giấy nhập/ ra viện/ *Hospital admission/discharge certificate* | |  | 1 □ | Hóa đơn/ *invoice*: | | VND |  | 1 □ | Bảng chấm công/Timesheets | | |
| 2 □ | Đơn thuốc/ *Prescription* | |  | 2 □ | Biên lai/ *Receipt*: | | VND |  | 2 □ | Bảng lương/Payroll | | |
| 3 □ | Phiếu xét nghiệm, X-quang/ *Examination*, X-ray | |  | 3 □ | Khác*/ Other*: | | VND |  | 3 □ | Biên bản tai nạn/Accident record | | |
| 4 □ | Giấy chứng nhận phẫu thuật/ *Certificate of surgery* | |  | 4 □ |  | | VND |  | 4 □ | Giấy chứng tử/Death Certificate | | |
| 5 □ | Sổ khám bệnh/ *Health book* | |  | 5 □ |  | | VND |  | 5 □ | Vé máy bay/Flight tickets | | |
| 6 □ | Khác/ *Other*: | |  | 6 □ |  | | VND |  | 6 □ | Khác/ *Other* | | |
|  |  | |  | **TỔNG CỘNG/*TOTAL*: VND** | | | |  |  |  | | |
| **THÔNG TIN THANH TOÁN/ *PAYMENT INFORMATION*** | | | | | | | | | | | | |
| Hình thức đề nghị chi trả/ *Requested payment form*: □ Tiền mặt/ *Cash*  □ Chuyển khoản/ *Bank transfer* | | | | | | | | | | | | |
| Họ tên người thụ hưởng/ *Account Beneficiary’s name*: | | | | | | Số tài khoản/ *Account No*: | | | | | | |
| Tên ngân hàng/ *Bank name*: | | | | | | Chi nhánh/ *Branch*: | | | | | | |
| **ĐIỀU KHOẢN BẢO VỆ DỮ LIỆU CÁ NHÂN/ PERSONAL DATA PROTECTION TERM** | | | | | | | | | | | | |
| Bằng việc xác nhận tại mục này, tôi xác nhận đã được cung cấp, đã biết rõ toàn bộ nội dung Chính sách Bảo vệ dữ liệu cá nhân của Bảo Minh và tự nguyện đồng ý đối với tất cả các hoạt động xử lý dữ liệu cá nhân của Bảo Minh, bao gồm nhưng không giới hạn việc sử dụng dữ liệu cá nhân để liên hệ với Chủ thể dữ liệu qua thư điện tử, tin nhắn và/hoặc cuộc gọi điện thoại nhằm giới thiệu thông tin về Bảo Minh và những sản phẩm, dịch vụ, các chương trình ưu đãi/ khuyến mại, chăm sóc khách hàng của Bảo Minh. Chính sách Bảo vệ dữ liệu cá nhân được đính kèm Biểu mẫu này và/hoặc công bố công khai tại địa chỉ website: <https://www.baominh.com.vn/>.  *By verifying this section, I confirm that I have been provided, have identified the entire content of Bao Minh's Personal Data Protection Policy and voluntarily agree to all Bao Minh’s Personal Data Processing activities, including but not limited to using personal data to contact Data Subjects via email, text messages and/or phone calls to introduce Bao Minh’s information, products, services, special offers/promotions and customer care. Personal Data Protection Policy is attached to this Form and/or publicly announced at our website: https://www.baominh.com.vn/.* | | | | | | | | | | | | □ Đồng ý/*Agree*  □ Không đồng ý  /*Disagree* |
| **CAM KẾT*/ COMMITMENT*** | | | | | | | | | | | | |
| 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.  *I, as a claimant, hereby guarantee that the above statements are true, please pay compensation for me to the account as stated above. I take full legal responsibility if there is any dispute about the Beneficiary* *ownership of claims amount. I also agree that, by this Claims proposal, I authorize the Insurer and their representatives to contact with the Third Party to obtain information necessary for this claim, but not limited to the Doctor has been treating me.* | | | | | | | | | | | | |
|
| Ngày........tháng.........năm......../Date  **Họ tên, chữ ký của  Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm**  *Confirmation of Claimant*  *(Signature, full name)* | | | | | | Ngày........tháng.........năm......../Date  **Xác nhận của  Chủ hợp đồng bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm**  **Xác nhận của Chủ hợp đồng bảo hiểm**  *(Chữ ký, họ tên và dấu của Chủ hợp đồng)*  *Confirmation of Policyholder*  *(Signature, full name and seal of the Policyholder)* | | | | | | |
|