

(Vui lòng đọc kỹ và điền đầy đủ thông tin theo những nội dung dưới đây)

I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)

Họ và tên: Ngày sinh: / / Số CMND/Hộ chiếu:
Địa chỉ:
Điện thoại: Email:
Tham gia bảo hiểm tại: Số Giấy chứng nhận bảo hiểm:
Thời hạn bảo hiểm: Từ / / đến / /

II. THÔNG TIN VỀ SỰ KIẾN BẢO HIỂM

Mô tả rủi ro: Ngày xảy ra: / /
Nguyên nhân và diễn biến:

Hậu quả (Ghi rõ tình trạng thương tích hoặc bệnh tật; quá trình điều trị, phẫu thuật; thời gian điều trị, cơ sở y tế điều trị; tình trạng hiện tại)

Giấy tờ kèm theo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Giấy nhập/xuất viện | <input type="checkbox"/> Biên bản tai nạn |
| <input type="checkbox"/> Hóa đơn, biên lai (cái) | <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử |
| <input type="checkbox"/> Phiếu xét nghiệm, X-quang | <input type="checkbox"/> Giấy xác nhận tình trạng thương tật |
| <input type="checkbox"/> Phiếu mổ | <input type="checkbox"/> Giấy tờ khác: |

III. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG (ĐỒNG THỜI LÀ NGƯỜI NHẬN TIỀN)

(Chỉ điền thông tin nếu NĐBH khác với Người yêu cầu bồi thường)

Họ và tên: Quan hệ với NĐBH: Số CMND/hộ chiếu:
Địa chỉ:
Điện thoại: Email:

IV. PHƯƠNG THỨC NHẬN TIỀN BẢO HIỂM

<input type="checkbox"/> Nhận tại công ty	Người nhận tiền: Điện thoại: Số CMND: Ngày cấp: / / Nơi cấp:
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	Tên tài khoản: Số tài khoản: Ngân hàng: Chi nhánh: Địa chỉ:

V. CAM KẾT

Tôi cam đoan rằng theo khả năng nhận thức của mình, những thông tin khai báo trong Giấy yêu cầu bồi thường này là hoàn toàn đúng sự thực. Tôi đồng ý cho Công ty bảo hiểm, Bác sĩ, Bệnh viện, Công an hoặc bất cứ bên liên quan nào được phép cung cấp những thông tin cá nhân phục vụ cho việc giải quyết bồi thường. Tôi hiểu rằng trong trường hợp khai báo sai, không thông báo những thông tin quan trọng hoặc khiếu nại gian lận thì đơn bảo hiểm của Tôi sẽ bị vô hiệu từ ngày có hiệu lực và sẽ không được hoàn lại phí

....., ngày tháng năm

Người yêu cầu bồi thường

(Ký, ghi rõ họ tên)