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

|  |
| --- |
| **I. THÔNG TIN CÁ NHÂN** |
| **NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**Là  Bên mua bảo hiểm  Người thụ hưởng  Người được bảo hiểm  Người thừa kế  Mối quan hệ khác: ....................... |
| Họ và tên: Ngày sinh:  |
| Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: Ngày cấp: Nơi cấp: |
| Email: Điện thoại: |
| **NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (***Trường hợp Người yêu cầu là Người được bảo hiểm thì không cần điền tiếp vào mục này)* |
| Họ và tên: Ngày sinh:  |
| 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 🞎 Ung Thư 🞎 Tai nạn 🞎 Sinh mạng  |
| **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 khoảnTên 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 cam kết rằng những thông tin trên là chính xác và đầy đủ. 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 |
|  | Ngày........tháng.........năm........**NGƯỜI YÊU CẦU***(Ký và ghi rõ họ tên)* |