|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tổng công ty Cổ phần Bảo Minh | BẢO MINH | | **GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG**   |  |  | | --- | --- | | Chủ hợp đồng bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm:  .....................................................................  ..................................................................... | Số hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm:…………………..  …………………………………………………………………………  Mã số Người được bảo hiểm: ………………………………………… | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **THÔNG TIN NGƯỜI YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM** | | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên: | | | | | | | Ngày sinh: | | | | Giới tính: | |
| Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: | | | | | | | | | | | | |
| Mối quan hệ với Người được bảo hiểm: | | | | | | | | | | | | |
| Địa chỉ liên hệ: | | | | | | | | | | | | |
| Điện thoại: | | | | | | | 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)* | | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên: | | | | | | | Ngày sinh: | | | | Giới tính: | |
| Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: | | | | | | | | | | | | |
| Điện thoại: | | | | | | | Email: | | | | | |
| **THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM** | | | | | | | | | | | | |
| Ngày xảy ra rủi ro: | | | | | | | Nơi xảy ra rủi ro: | | | | | |
| Nơi điều trị: | | | | | | | Ngày khám/nhập viện: | | | | | |
| Ngày kết thúc khám/xuất viện: | | | | | | | Hình thức điều trị: | | | | | |
| Nguyên nhân, diễn biến: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Hậu quả/Chẩn đoán: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Các thông tin khác (nếu có, ghi rõ): | | | | | | | | | | | | |
| **CHỨNG TỪ ĐÍNH KÈM** | | | | | | | | | | | | |
| **Chứng từ y tế** | | |  | **Chứng từ thanh toán** | | | |  | **Chứng từ khác** | | | |
| 1 □ | Giấy nhập/ ra viện | |  | 1 □ | Hóa đơn: | VND | |  | 1 □ | Bảng chấm công | | |
| 2 □ | Đơn thuốc | |  | 2 □ | Biên lai: | VND | |  | 2 □ | Bảng lương | | |
| 3 □ | Phiếu xét nghiệm, X-quang | |  | 3 □ | Khác: | VND | |  | 3 □ | Biên bản tai nạn | | |
| 4 □ | Giấy chứng nhận phẫu thuật | |  | 4 □ |  | VND | |  | 4 □ | Giấy chứng tử | | |
| 5 □ | Sổ khám bệnh | |  | 5 □ |  | VND | |  | 5 □ | Vé máy bay | | |
| 6 □ | Khác: | |  | 6 □ |  | VND | |  | 6 □ | Khác: | | |
|  |  | |  | **TỔNG CỘNG : VND** | | | |  |  |  | | |
| **THÔNG TIN THANH TOÁN** | | | | | | | | | | | | |
| Hình thức đề nghị chi trả: □ Tiền mặt □ Chuyển khoản | | | | | | | | | | | | |
| Họ tên người thụ hưởng: | | | | | | | Số tài khoản: | | | | | |
| Tên ngân hàng: | | | | | | | Chi nhánh: | | | | | |
| **CHÍNH SÁCH BẢO VỆ DỮ LIỆU CÁ NHÂN** | | | | | | | | | | | | |
| 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/. | | | | | | | | | | | | □ Đồng ý  □ Không đồng ý |
| **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 điều trị cho Tôi.** | | | | | | | | | | | | |
|
| Ngày........tháng.........năm........  **Họ tên, chữ ký của  Người yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm** | | | | | | | Ngày........tháng.........năm........  **Xác nhận của  Chủ hợp đồng bảo hiểm/Bên mua bảo hiểm** | | | | | |
|