**GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)** | | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên Bên mua bảo hiểm: | | | | | Số hợp đồng/Số giấy chứng nhận bảo hiểm: | | | | | | | |
| Họ và tên NĐBH: | | | | | Mã số NĐBH: | | | | | | | |
| Số CCCD/Hộ chiếu: | | | | | Ngày sinh: | | | | | | Giới tính: | |
| Địa chỉ liên hệ: | | | | |  | | | | | |  | |
| Điện thoại: | | | | | Email: | | | | | | | |
| 1. **THÔNG TIN NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG** | | | | | | | | | | | | |
| Người yêu cầu bồi thường phải là NĐBH hoặc người thừa kế/người thụ hưởng/người được chỉ định trên Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm/người được ủy quyền hợp pháp của NĐBH hoặc bố/mẹ/người giám hộ hợp pháp trong trường hợp NĐBH dưới 18 tuổi. Bỏ qua mục này nếu Người yêu cầu bồi thường chính là NĐBH. | | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên: | | | | | | Mối quan hệ với NĐBH: | | | | |  | |
| Số CCCD/Hộ chiếu: | | | | | | Ngày sinh: | | | | | | |
| Địa chỉ liên hệ: | | | | | | | | | | | | |
| Điện thoại: | | | | | | Email: | | | | | | |
| 1. **THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM** | | | | | | | | | | | | |
| Ngày xảy ra rủi ro: | | | | | | Nơi điều trị: | | | | | | |
| Ngày khám/nhập viện: | | | | | | Ngày kết thúc khám/xuất viện: | | | | | | |
| Hình thức điều trị: □ Ngoại trú □ Nội trú □ Không điều trị | | | | | | | | | | | | |
| Nguyên nhân, diễn biến: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Hậu quả/Chẩn đoán: | | | | | | | | | | | | |
| Các thông tin khác (nếu có, ghi rõ): | | | | | | | | | | | | |
| 1. **SỐ TIỀN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG VÀ CHỨNG TỪ ĐÍNH KÈM** | | | | | | | | | | | | |
| **Chứng từ y tế/thanh toán** | | |  | **Chứng từ khác** | | | |  | **Số tiền yêu cầu bồi thường** | | | |
| 1 🞎 | Giấy nhập/ra viện | |  | 1 🞎 | | Bảng chấm công | |  | 1 🞎 | Chi phí y tế | | |
| 2 🞎 | Đơn thuốc | |  | 2 🞎 | | Bảng lương | |  | 2 🞎 | Trợ cấp | | |
| 3 🞎 | Phiếu xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh | |  | 3 🞎 | | Biên bản tai nạn | |  | 3 🞎 | Tử vong | | |
| 4 🞎 | Giấy chứng nhận phẫu thuật | |  | 4 🞎 | | Giấy chứng tử | |  | 4 🞎 | Khác | | |
| 5 🞎 | Sổ khám bệnh | |  | 5 🞎 | | Khác: | |  |  |  | | |
| 6 🞎 | Hóa đơn | |  |  | |  | |  |  |  | | |
| 7 🞎 | Khác: | |  |  | |  | |  | **Tổng cộng** | **…………………….....VND** | | |
| 1. **HÌNH THỨC NHẬN TIỀN BỒI THƯỜNG** | | | | | | | | | | | | |
| **🞎 Nhận tiền mặt**  Lưu ý: Vui lòng xuất trình giấy tờ tùy thân (CCCD/Hộ chiếu...) khi nhận tiền. | | **🞎 Chuyển khoản** | | | | Số tài khoản:……………………………………………………………… | | | | | | |
| Tên chủ tài khoản: ………………………………………………………. | | | | | | |
| Tên ngân hàng-chi nhánh: ………………………………………………. | | | | | | |
| 1. **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 |
| 1. **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. | | | | | | | | | | | | |
|
| **Xác nhận của Bên mua bảo hiểm** | | | | | | | Ngày........tháng.........năm........  **Người yêu cầu bồi thường**  *(Ký và ghi rõ họ tên)* | | | | | |
|