GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM SỨC KHỎE BẢO VIỆT TÂM AN

I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM KÊ KHAI VÀ ĐÁNH DẤU (X) VÀO Ô THÍCH HỢP DƯỚI ĐÂY:

1. Họ và tên (ghi bằng chữ in hoa, bỏ cách 1 ô trống giữa các cụm chữ)

2. Ngày sinh: / / 3. ☐ CMND ☐ Hộ chiếu ☐ CCCD ☐ Giấy khai sinh

Số: Ngày cấp: / / Nơi cấp:

4. Số thẻ/Số Hợp đồng bảo hiểm: Hiệu lực từ: / / đến / /

II. SỰ KIỆN BẢO HIỂM

STT	Diễn biến sự kiện bảo hiểm	Thời gian điều trị /Ngày tử vong	Cơ sở y tế	Chẩn đoán của bác sỹ	Số tiền YCBT
TỔNG SỐ TIỀN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG					

III. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG KÊ KHAI VÀ ĐÁNH DẤU (X) VÀO Ô THÍCH HỢP DƯỚI ĐÂY:

1. Họ và tên

2. Quan hệ với Người được bảo hiểm:

☐ Là Người được bảo hiểm ☐ Là Người thừa kế ☐ Là Người thụ hưởng

☐ Là bố/mẹ/người giám hộ hợp pháp đối với người được bảo hiểm dưới 18 tuổi

☐ Là Người được ủy quyền theo Pháp luật (có văn bản ủy quyền và xác nhận của cơ quan chức năng)

☐ Là Người được chỉ định trên hợp đồng bảo hiểm

3. ☐ CMND ☐ Hộ chiếu ☐ Thẻ CCCD Số: Ngày cấp: / / Nơi cấp:

4. Địa chỉ nhận thư:

Số nhà, Đường: Quận/Huyện:

Phường/Xã: Thành Phố/Tỉnh:

5. Điện thoại di động: *(để nhận tin nhắn về tình trạng hồ sơ từ Bảo Việt)* 6. Email: *(để nhận thư điện tử về tình trạng hồ sơ từ Bảo Việt)*

IV. HÌNH THỨC NHẬN TIỀN BỒI THƯỜNG CHỌN 1 TRONG 2 HÌNH THỨC DƯỚI ĐÂY:

☐ **Nhận tiền tại Bảo hiểm Bảo Việt** *(Không áp dụng với số tiền trên 20 triệu đồng)*	Người nhận tiền:			
	Số CMND/Hộ chiếu/CCCD:		Điện thoại:	
	Ngày cấp:		Nơi cấp:	
☐ **Chuyển khoản**	Chủ tài khoản:		Số tài khoản:	
	Ngân hàng:		Chi nhánh:	

CAM KẾT

1. *Người yêu cầu bồi thường cam đoan rằng những thông tin trên là chính xác, đầy đủ và chịu trách nhiệm về các thông tin trên trước pháp luật.*
2. *Người được bảo hiểm đồng ý rằng bằng việc ký/ủy quyền ký Giấy yêu cầu bồi thường này, Người được bảo hiểm cho phép Bảo hiểm Bảo Việt và/hoặc đại diện của họ tiếp cận với các bên thứ ba hoặc cung cấp các thông tin trong hồ sơ cho bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sỹ đã và đang điều trị cho Người được bảo hiểm. Đồng thời chịu trách nhiệm nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này.*

_____ Ngày ____ tháng ____ năm ____

Người Yêu Cầu Bồi Thường
(ký và ghi rõ họ tên)