GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Tên chủ hợp đồng bảo hiểm: CÔNG TY CỔ PHẦN FOODY
Sô hợp đồng: 25CN.SK.01.01V02500309

I. Thông tin của Người được bảo hiểm

Tên Người được bảo hiểm:_____Ngày sinh:
Số CMT hoặc hộ chiếu: _____ Mã nhân viên (nếu có):
Email_____ Điện thoại:

II. Mô tả tai nạn

Ngày xảy ra tai nạn: Nguyên nhân tai nạn: Hậu quả: Địa chỉ bệnh viện: Ngày vào viện: Ngày ra viện:

III. Quyền lợi yêu cầu

Chi phí y tế:
Số ngày nghỉ theo chỉ định của bác sĩ:
Tử vong/Thương tật vĩnh viễn:

IV. Thông tin thanh toán

Nhận tiền mặt *(Cash payment)*	**Chuyển khoản *(Transfer)***
Người thụ hưởng *(Beneficiary)*: Số CMND *(ID number)*: Ngày cấp *(Date of issue)*: Nơi cấp *(Place of issue)*:	Người thụ hưởng *(Beneficiary)*: Số tài khoản *(Account number)*: Tên Ngân hàng *(Bank)*: Địa chỉ *(Address)*:

V. Cam kết

Tôi, với tư cách là người yêu cầu bồi thường, xin cam đoan những lời khai trên là đúng sự thật. Tôi cũng đồng ý rằng với Giấy yêu cầu này, tôi cho phép Bảo hiểm DBV tiếp xúc với các bên thứ ba (bác sĩ, cơ sở y tế, nhà thuốc, Công ty và các đại lý hoặc các tổ chức khác...) để thu thập thông tin cần thiết để xem xét bồi thường cho hồ sơ bảo hiểm của tôi.

Ngày: _____

Chữ ký của Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm

Họ tên:_____