

**Tên chủ hợp đồng bảo hiểm: CÔNG TY CỔ PHẦN FOODY**

Số 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**

<b>Nhận tiền mặt (Cash payment)</b>	<b>Chuyển khoản (Transfer)</b>
Người thụ hưởng (Beneficiary):	Người thụ hưởng (Beneficiary):
Số CMND (ID number):	Số tài khoản (Account number):
Ngày cấp (Date of issue):	Tên Ngân hàng (Bank):
Nơi cấp (Place of issue):	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:** \_\_\_\_\_

