

## GIẤY ĐỀ NGHỊ BỒI THƯỜNG

(Giấy đề nghị bồi thường là căn cứ để xét duyệt hồ sơ Yêu cầu bồi thường và trả tiền bảo hiểm. NDBH cần điền đầy đủ thông tin để đảm bảo quyền lợi)

## Thông tin của Người Được Bảo Hiểm

Họ Tên NDBH: Ngày sinh: Giới tính:  Nam  Nữ  
Số thẻ bảo hiểm: Số CMND/Số hộ chiếu:  
Số hợp đồng: Tên Công ty:  
Số điện thoại: Địa chỉ Email:  
Địa chỉ:  
*\*Vui lòng ghi chính xác địa chỉ nhận thư, tên & số điện thoại người nhận thư trong những trường hợp cần thiết.*

## Mô tả Tai nạn / Bệnh tật

| <input type="checkbox"/> Tai nạn  | <input type="checkbox"/> Bệnh tật  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ngoại Trú <input type="checkbox"/> Nội Trú<br><input type="checkbox"/> Tai nạn lao động <input type="checkbox"/> Tai nạn giao thông <input type="checkbox"/> Tai nạn sinh hoạt | <input type="checkbox"/> Ngoại trú <input type="checkbox"/> Nội Trú<br>Triệu chứng:<br>Chẩn đoán:<br>Thời gian điều trị: |
| <i>*Vui lòng đính kèm <b>Tường trình Tai nạn</b> theo Hồ sơ Yêu cầu bồi thường</i>  |  |

## 2- Quý khách đã bao giờ bị bệnh/thương tật tương tự chưa?

 Không  Có

Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết (khi nào, nguyên nhân, mức độ v.v...)

## Thông tin thanh toán

## 3- Vui lòng liệt kê các chứng từ gửi kèm theo giấy đề nghị bồi thường:

| Chứng từ y tế & Giấy tờ liên quan  | Chứng từ thanh toán   |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Đơn thuốc <input type="checkbox"/> Đề nghị cho nghỉ của Bác sỹ          | 1 Hóa đơn số: VND     |
| <input type="checkbox"/> Sổ khám bệnh <input type="checkbox"/> Giấy nghỉ hưởng BHXH              | 2 VND                 |
| <input type="checkbox"/> Giấy ra viện <input type="checkbox"/> Bảng chấm công                    | 3 VND                 |
| <input type="checkbox"/> Chứng nhận phẫu thuật <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử            | 4 VND                 |
| <input type="checkbox"/> Tường trình tai nạn <input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận thương tật | 5 VND                 |
| <input type="checkbox"/> Đăng ký xe <input type="checkbox"/> Giấy phép lái xe                    | 6 VND                 |
| <input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm <input type="checkbox"/> Kết quả chẩn đoán hình ảnh  | 7 VND                 |
| <input type="checkbox"/> Chứng từ khác:  | 8 VND                 |
|  | 9 VND                 |
|  | 10 VND                |
|  | <b>TỔNG CỘNG: VND</b> |

## 4- Thông tin tài khoản thụ hưởng tiền bồi thường:

Tên Tài Khoản: Tên Ngân hàng:  
Số Tài Khoản: Chi Nhánh: Tỉnh:

## Cam kết

Tôi xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật

Tôi cũng đồng ý rằng với giấy đề nghị này, tôi cho phép Leapstack, Công ty Bảo Hiểm và đại diện của họ tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sỹ đã và đang điều trị cho tôi.

Tôi cũng 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 này.

Tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này.

| Xác nhận của Công ty<br>(Ký tên, ghi đầy đủ họ tên & đóng dấu) |
|--|
| Ngày:  |

| Người khai<br>(Ký tên, ghi đầy đủ họ tên) |
|---|
| Ngày:                                     |

*\*Trường hợp người khai không phải là NDBH, vui lòng ghi rõ mối quan hệ với NDBH*