

ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG – TAI NẠN CON NGƯỜI

Tên Công ty: Ngân hàng TMCP Xuất nhập khẩu Việt Nam (Eximbank)

Số Hợp đồng bảo hiểm: ACA - 0200023940

KÊ KHAI CỦA CHỦ HỢP ĐỒNG

Địa chỉ Chủ hợp đồng/Công ty: 07 Lê Thị Hồng Gấm, P. Nguyễn Thái Bình, Q. 1, Tp. Hồ Chí Minh

Điện thoại: +848 9147623

Fax: +848 38212367

Tên chủ thẻ bị tai nạn _____

DOB (ngày tháng năm sinh) : _____

PPT/ID No.(Số Hộ Chiếu/CMND) : _____

Số thẻ tín dụng Platinum: _____

Member since (Có hiệu lực từ) : _____

Ngày được thông báo về tử vong: _____

KÊ KHAI CỦA NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

THÔNG TIN TAI NẠN VÀ ĐIỀU TRỊ

Ngày xảy ra tai nạn _____ Nơi xảy ra tai nạn _____

Tai nạn xảy ra như thế nào? (Miêu tả đầy đủ) _____

Hậu quả tai nạn _____

Ngày nhập viện _____ Ngày xuất viện _____

Tên và địa chỉ cơ sở chữa trị _____

Điện thoại _____ Fax _____ Email _____

CHẾT VÀ THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN

1) TRƯỜNG HỢP CHẾT :

Ngày tháng năm chết _____ Thời gian _____

Nguyên nhân chết _____

Việc khám nghiệm tử thi có được thực hiện : có không

Nếu không , nêu lý do : _____

Số tiền yêu cầu bồi thường: _____

Tên người thụ hưởng _____

Quan hệ với người đã chết _____

Địa chỉ liên lạc của người thụ hưởng _____

ĐT _____ Email _____

2) TRƯỜNG HỢP THƯƠNG TẬT VĨNH VIỄN

Ngày tai nạn : _____

Ngày phát sinh thương tật vĩnh viễn : _____

Loại thương tật vĩnh viễn : _____

Tên, địa chỉ, số điện thoại liên lạc của bác sĩ đã khám và điều trị thương tật vĩnh viễn : _____

Số tiền yêu cầu bồi thường _____

Thông tin trả tiền bồi thường (Yêu cầu thanh toán) – Đánh dấu vào ô thích hợp

Tổng số tiền yêu cầu bồi thường	<input type="checkbox"/> Bằng chuyển khoản	<input type="checkbox"/> Bằng tiền mặt
	Số Tài khoản (VND) :	
	Tên, địa chỉ ngân hàng :	
	
Tên người thụ hưởng		

CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi cho phép bác sĩ hoặc bất cứ người nào đã khám bệnh cho tôi cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm Chartis Việt Nam hoặc đại diện của công ty mọi thông tin liên quan đến các bệnh tật/ thương tổn, quá trình chữa bệnh, khám bệnh, kê đơn hoặc điều trị của tôi và các chứng từ nằm viện, y tế. Tôi đồng ý rằng bản sao của văn bản này cũng được coi là có hiệu lực và giá trị như bản chính.

Tôi xác nhận các thông tin trên là đúng và xác thực theo những gì tôi biết và tin tưởng

Tên và Chữ ký người yêu cầu bồi thường

Xác nhận của Ngân hàng TMCP XNK Việt Nam (Eximbank)

Chứng từ gửi kèm

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Giấy chứng thương | <input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận phẫu thuật |
| <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử | <input type="checkbox"/> Biên bản tai nạn |
| <input type="checkbox"/> Đơn thuốc | <input type="checkbox"/> Giấy đăng ký xe |
| <input type="checkbox"/> Sổ khám bệnh | <input type="checkbox"/> Bằng lái xe |
| <input type="checkbox"/> Hoá đơn | <input type="checkbox"/> Biên bản công an |
| <input type="checkbox"/> Giấy ra viện | <input type="checkbox"/> Khác |
| <input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng BHXH | |