

GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

I. THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên:	.....	
Ngày sinh:	...../...../.....	Giới tính: .....	.....
Số GCNBH:	.....	Chương trình/ loại thẻ: .....	.....
Hiệu lực bảo hiểm:	Từ ...../...../20..... đến ...../...../20.....		

II. THÔNG TIN Y TẾ

Ngày khám:	.....	
Tình trạng bệnh tật/tai nạn:	.....	
Nơi điều trị:	.....	
Hình thức điều trị:	.....	
Ngoại trú:	<input type="checkbox"/>		
Nội trú (lưu viện qua đêm):	<input type="checkbox"/> Từ ngày ...../...../20..... Đến ngày ...../...../20.....		

CHI TIẾT CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ	CHI PHÍ THỰC TẾ
1. Tiền khám bệnh:
2. Tiền thuốc:
3. Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh:
4. Tiền phòng:
5. Phẫu thuật, thủ thuật:
6. Chi phí khác:
Tổng cộng:

(Đối với trẻ em dưới 9 tuổi, Bảo Việt đồng chi trả 70/30 chi phí phát sinh thuộc trách nhiệm bảo hiểm, áp dụng cả nội trú và ngoại trú)

III. PHẦN CAM KẾT

Họ tên Người yêu cầu bồi thường:	.....
Quan hệ với Người được bảo hiểm:	.....
Địa chỉ liên hệ: Số điện thoại:	..... .....
Hình thức nhận tiền bồi thường:	Tiền mặt tại Bảo Việt <input type="checkbox"/> Chuyển khoản <input type="checkbox"/>
Tên người thụ hưởng: Số tài khoản:	..... .....
Ngân hàng: Địa chỉ:	..... .....

Tôi xin cam kết rằng những thông tin trên đây là chính xác và đầy đủ. Tôi cũng đồng ý rằng với Giấy yêu cầu bồi thường này Bảo Việt và/hoặc đại diện của họ được quyền tiếp cận với Bên thứ ba để thu thập thông tin nếu thấy cần thiết cho việc giải quyết bồi thường, không giới hạn ở các bác sỹ đã và đang điều trị cho Người được bảo hiểm.

Những giấy tờ kèm theo Hồ sơ:

- Giấy nhập/ ra viện;
- Đơn thuốc;
- Phiếu xét nghiệm, X-quang;
- Phiếu mổ;
- Hóa đơn, biên lai: (cái).
- Biên bản tai nạn (TH tai nạn);
- Giấy chứng tử (TH chết);
- Giấy tờ khác:

Ngày tháng năm 20.....

.....
Người yêu cầu bồi thường ký