PACIFIC CROSS VIETNAM

The strength behind your insurance

MẪU ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG - TỬ VONG

A. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI TỬ VONG:

Tên chủ hợp đồng: _____ Số hợp đồng: _____

Tên người tử vong: _____ Mã số: _____

Giới tính: _____ Tuổi: _____ Ngày sinh: _____ Số hộ chiếu/ CMND: _____

Nghề nghiệp trước khi tử vong: _____

Nơi cư trú trước khi tử vong: _____

Tên và địa chỉ công ty trước khi tử vong: _____

Tên và địa chỉ của bác sĩ điều trị cho người tử vong: _____

B. THÔNG TIN VỀ VIỆC TỬ VONG:

(*Nếu tử vong do tai nạn, vui lòng điền câu hỏi 1-2 bên dưới)*

1. Tai nạn đã xảy ra khi nào và ở đâu?

_____

_____

_____

2. Tai nạn xảy ra như thế nào?

_____

_____

_____

(Nếu tử vong do bệnh, vui lòng điền câu hỏi 3-5 bên dưới)

3. a. Mô tả ngắn gọn triệu chứng của Người được bảo hiểm

_____

_____

_____

b. Người được bảo hiểm đã bị triệu chứng này trước khi tử vong bao lâu?

_____

_____

_____

4. Ngày và nguyên nhân tử vong

_____

_____

5. Chi tiết khám bệnh

a. Tên bác sĩ đầu tiên khám bệnh này.

Ngày _____ Tên và địa chỉ bác sĩ/ Tên bệnh viện _____

_____

_____

b. Tên bác sĩ đã giới thiệu Người được bảo hiểm đến bệnh viện

Ngày _____ Tên và địa chỉ bác sĩ/ Tên bệnh viện _____

_____

_____

c. Những bác sĩ khác đã khám chữa trị bệnh này

Ngày _____ Tên và địa chỉ bác sĩ/ Tên bệnh viện _____

_____

_____

d. Bác sĩ đã khám cho bệnh tương tự trong quá khứ

Ngày _____ Tên và địa chỉ bác sĩ/ Tên bệnh viện _____

_____

_____

C. THÔNG TIN VỀ BẢO HIỂM KHÁC:

Người tử vong có mua bảo hiểm với công ty khác không? Có ❑ Không ❑

Nếu "Có", vui lòng cho biết:

Tên công ty:	Số hợp đồng:	Số tiền bảo hiểm:

D. THÔNG TIN NGƯỜI KHAI ĐƠN

Tên: _____ Hộ chiếu/ CMND: _____

Giới tính: _____ Tuổi: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____ Điện thoại: _____

_____ Fax: _____

Email: _____

Quan hệ với người tử vong: _____

1. Bạn có phải là một trong số những người thụ hưởng không? Có ❑ Không ❑

Nếu "Không", lí do gì bạn yêu cầu bồi thường cho mục này?

_____

_____

_____

2. Ai đang giữ hợp đồng bảo hiểm này?

_____

_____

_____

ỦY QUYỀN

Tôi kí tên dưới đây ủy quyền cho bất cứ công ty, bác sĩ, phòng khám, công ty bảo hiểm, cơ quan nhà nước hoặc bất cứ tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ hay thông tin liên quan (cho dù có liên quan đến vấn đề y tế hay không) về Người tử vong được phép cung cấp thông tin đó cho công ty bảo hiểm hoặc đại diện công ty bảo hiểm. Sự ủy quyền này có giá trị pháp lý cho người thừa kế và người được ủy quyền của tôi và cho dù tôi qua đời hoặc bất lực. Bản sao của giấy ủy quyền này cũng có giá trị như bản gốc.

Chữ kí người khai đơn/ Người thụ hưởng: _____ Ngày (ngày/ tháng/ năm): _____