



VASS ASSURANCE CORPORATION
Today Not Tomorrow

BM: 01/35/BTCN

GIẤY THÔNG BÁO VÀ YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM CON NGƯỜI

Kính gửi: CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM VIỄN ĐÔNG

Người yêu cầu:

Địa chỉ: Điện thoại:

Người được bảo hiểm: Tuổi: Điện thoại:

CMND số: Ngày cấp: Nơi cấp:

Đã tham gia bảo hiểm tại Công ty Cổ phần Bảo hiểm Viễn Đông (**VASS**) theo Hợp đồng số: Thời hạn từ: đến:

STT trong DS:

Xảy ra sự kiện bảo hiểm lúc giờ ngày tại (Ghi rõ nơi: Số nhà, đường, phường/xã, Quận/huyện,...):

Nguyên nhân (Ghi rõ: Quá trình xảy ra Tai nạn giao thông; Tai nạn lao động; Tai nạn sinh hoạt, rủi ro; Ốm đau, bệnh tật):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hậu quả (Ghi chẩn đoán của Bác sĩ, phương pháp điều trị):

.....

.....

.....

Chứng từ y tế đính kèm:

1. 6.

2. 7.

3. 8.

4. 9.

5. 10.

Tổng chi phí điều trị:

.....

Tôi và/ hoặc Người được bảo hiểm xin cam đoan những thông tin cung cấp trên là hoàn toàn đúng sự thật và yêu cầu **Bảo hiểm Viễn Đông** xem xét giải quyết trả tiền

.....



bảo hiểm theo các điều kiện, điều khoản của Quy tắc và hợp đồng Bảo hiểm, đồng thời đồng ý ủy quyền cho người đại diện của Bảo hiểm **Viễn Đông** trong việc thu thập các chứng từ y tế tại các Bệnh viện nơi Người được bảo hiểm khám chữa bệnh để có cơ sở giải quyết quyền lợi bảo hiểm cho Người được bảo hiểm được đảm bảo.

Ủy quyền nhận tiền bảo hiểm: Trường hợp chi trả tiền bảo hiểm (nếu có), theo hợp đồng Bảo hiểm đã ký kết giữa Cơ quan/ hoặc Người được bảo hiểm:
.....Đồng ý ủy quyền cho

Ông/ Bà:.....
Chức vụ..... CMND số: Là Người đại diện của Cơ quan/ hoặc Người được bảo hiểm đến nhận tiền chi trả bảo hiểm thay tôi. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về sự ủy quyền này và không thắc mắc khiếu nại gì nữa./.

Mọi thông báo liên quan của **Bảo hiểm Viễn Đông**, xin gửi về địa chỉ:.....Điện thoại.....

Ngày..... tháng.... năm 20....

**XÁC NHẬN
CỦA CƠ QUAN**

**XÁC NHẬN CỦA CÔNG AN,
CHÍNH QUYỀN ĐỊA PHƯƠNG
(Nơi xảy ra tai nạn)**

**NGƯỜI YÊU CẦU
(Ký và ghi rõ họ tên)**

