



GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM DU LỊCH NHÓM

Kính gửi: CÔNG TY BẢO VIỆT PHÚ MỸ

Tôi là:
Công tác tại
Địa chỉ:
Quan hệ với nạn nhân:
Đề nghị Công ty bảo hiểm xét chi trả tiền bảo hiểm về trường hợp rủi ro xảy ra cho trường hợp:
Người được bảo hiểm:
Giấy chứng nhận bảo hiểm số:
Thời hạn bảo hiểm: từ đến
Số hộ chiếu:
Nơi đến:
Ngày khởi hành:
Nguyên nhân tai nạn/ốm đau:.....
.....
.....
Nơi xảy ra:
Ngày xảy ra:

PHẦN IPA ĐÃ GIẢI QUYẾT:

1. Bằng các Phương tiện vận chuyển:

Chi phí:

2. Giải quyết chi phí y tế phát sinh ở nước ngoài:

Chi phí:

PHẦN BẢO VIỆT GIẢI QUYẾT:

- 4. Thanh toán chi phí điều trị ngoại trú:
- 5. Thanh toán chi phí điều trị nội trú: (nếu không thông báo cho IPA thanh toán):
- 6. Khác:

Tôi cam đoan rằng tất cả những thông tin được kê khai trên là hoàn toàn đúng sự thật.

Ngày tháng năm
Người yêu cầu

**BÁO CÁO TRẢ TIỀN BẢO HIỂM DU LỊCH NHÓM****Số: /BH**

Người được bảo hiểm:

Công tác tại :

Địa chỉ:

Hợp đồng số:

Thời hạn bảo hiểm: từ đến

Số hộ chiếu:

Nơi đến:

Ngày khởi hành:

Nguyên nhân tai nạn/ốm đau:.....

.....

.....

Nơi xảy ra:

Ngày xảy ra:

PHẦN IPA ĐÃ GIẢI QUYẾT:

1. Thu xếp thanh toán tiền vận chuyển cấp cứu:
 - + Phương tiện vận chuyển:
 - + Chi phí:
2. Thu xếp và thanh toán hồi hương khẩn cấp:
 - +Phương tiện vận chuyển:
 - + Chi phí:
3. Thu xếp và thanh toán hồi hương thi hài:
 - +Phương tiện vận chuyển:
 - + Chi phí:
4. Thanh toán chi phí nằm viện nội trú:
 - + Lý do:

PHẦN BẢO VIỆT GIẢI QUYẾT:

1. Thanh toán chi phí điều trị ngoại trú:
2. Thanh toán chi phí điều trị nội trú: (nếu không thông báo cho IPA thanh toán):
.....
3. Khác:

Ngày tháng năm
Giám đốc
(Ký tên và đóng dấu)



APPLICATION FOR CORPORATE TRAVEL INSURANCE CLAIM
(Applied for Foreigner)

Claim No:.....

Policy No:.....

Please note: This application must be completed fully and forward to BAOVIET after returning to Vietnam.

PARTICULAR OF CLAIMANT

Full name of Insured:.....

Company Name:

Address of Insured:

Passport No:

Period of Insurance:

Sum insured:

Destinations:

Departure:

PARTICULARS OF ACCIDENT OR SICKNESS:

Cause for accident/sickness:

Consequent of accident/sickness:

Place of accident/sickness:

Date of accident/sickness:

Name and address of medical physician:

Benefits have been settled by IPA(means of transportation and incurred expenses):.....

Benefits are settled by BAOVIET:

1. expenses for out-patient treatment

Cause:

2. Expenses for in-patient treatment (without notice to IP A):

Cause:

3. Others:

I hereby declare that the information given in this form is true and correct to the best of my knowledge.

Date on:
Signature of Claimant