



BẢN KÊ KHAI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG – BẢO HIỂM CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG

THÔNG TIN NHÂN VIÊN / NGƯỜI KHIẾU NẠI

Tên Công ty : Số HDBH ::
Họ và tên nhân viên : Ngày tháng năm sinh.....
Địa chỉ liên lạc
.....
Mức lương gần nhất
Ngày cuối cùng làm việc :
Số ĐT : Fax: Email:
Số di động liên lạc :

Đánh dấu vào ô trống bên cạnh, nếu KHÔNG muốn nhận tin nhắn thông báo tình trạng giải quyết hồ sơ

THÔNG TIN TAI NẠN VÀ ĐIỀU TRỊ

Ngày giờ xảy ra tai nạn: Nơi xảy ra tai nạn :
Tai nạn xảy ra như thế nào? (Miêu tả chi tiết)
.....
.....
Ngày nhập viện: Ngày xuất viện:
Tên và địa chỉ cơ sở chữa trị:
Tel: Fax: Email:

CHI TIẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG (đánh dấu vào mục thích hợp)

Tử vong

Ngày tử vong tại
Tên người yêu cầu bồi thường: Số CMND:
Địa chỉ
.....
Quan hệ với Người bị tử vong

Thương tật vĩnh viễn

Tên thương tật vĩnh viễn:
Ngày được xác định thương tật vĩnh viễn:
Tên Hội đồng Giám định Y Khoa:

Thương tật tạm thời:

Số ngày nghỉ làm do tai nạn: Từ ngày đến ngày

Bệnh nghề nghiệp:

Tên bệnh nghề nghiệp:
Ngày bắt đầu phát bệnh:
Mô tả bệnh/ triệu chứng:
.....
.....

Chi phí y tế: Tổng chi phí y tế:

Bảng kê chi phí phát sinh

STT	Toa thuốc	Toa thuốc		Số tiền khiếu nại
		Có	Không	
Total				

(nếu không đủ chỗ, ghi thêm 1 tờ rời)

ĐỀ NGHỊ TRẢ BẰNG : Tiền mặt

Chuyển khoản (theo thông tin tài khoản dưới đây)

Số tiền yêu cầu bồi thường	Tên tài khoản :
	Số TK (VND) :
	Tên Ngân hàng :
	Mã IFS :
	Địa chỉ ngân hàng :

ỦY QUYÊN CỦA NGƯỜI KHIẾU NẠI

Tôi cho phép bác sĩ hoặc bất cứ người nào đã khám bệnh cho tôi cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm AIG 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 và các chứng từ nằm viện, y tế.. của tôi hoặc của người thân mà tôi đang đứng tên khiếu nại 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

Tên/chữ ký của người khiếu nại

Xác nhận của Chủ hợp đồng/ Người sử dụng lao động
Ký tên/ Đóng dấu Công ty

Gửi kèm bản sao CMND

Chứng từ gửi kèm

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hợp đồng Lao động | <input type="checkbox"/> Số lượng đơn thuốc) | <input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận bệnh nghề nghiệp |
| <input type="checkbox"/> Bảng chấm công | <input type="checkbox"/> Sổ khám bệnh) | <input type="checkbox"/> Biên bản sự việc / Biên bản công an |
| <input type="checkbox"/> Giấy đề nghị nghỉ làm của bác sĩ | <input type="checkbox"/> Hoá đơn | <input type="checkbox"/> Giấy đăng ký xe / Bằng lái xe) |
| <input type="checkbox"/> Giấy chứng thương | <input type="checkbox"/> Giấy ra viện | <input type="checkbox"/> Giấy tờ khác |
| <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử | <input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận thương tật vĩnh viễn | |