

**ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG- BẢO HIỂM TRỌN GÓI KINH DOANH**

Lưu ý quan trọng:

1. Người được bảo hiểm cần nhanh chóng kê khai đầy đủ, xác thực các chi tiết dưới đây và gửi đơn này về Công ty bảo hiểm cùng các chứng từ chứng minh tổn thất theo bản Hướng dẫn khiếu nại đính kèm.
2. Việc Công ty bảo hiểm nhận đơn yêu cầu này không có nghĩa là chấp nhận bồi thường.
3. Người được bảo hiểm không được chấp nhận trách nhiệm với bên thứ ba nếu không được sự đồng ý từ phía Công ty bảo hiểm. Thư khiếu nại và các chứng từ liên quan đến khiếu nại bên thứ ba cần được gửi ngay về Công ty bảo hiểm.

THÔNG TIN CHỦ HỢP ĐỒNG/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM:

Tên: Số HDBH:

Địa chỉ liên hệ

Số điện thoại: Fax: Email:

Số điện thoại di động để liên lạc :

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

Tôi yêu cầu bồi thường thiệt hại sau (✓) ☐ Hoả hoạn / Mọi rủi ro ☐ Trộm cướp ☐ Tiền và Giấy tờ có giá trị ☐ Gián đoạn kinh doanh sau cháy ☐ Tai nạn lao động ☐ Trọn gói ☐ Tai nạn con người ☐ Thiệt hại lòng trung tín ☐ Trách nhiệm công cộng	THÔNG TIN THANH TOÁN (Đề nghị chuyển tiền bồi thường vào tài khoản sau) Tên TK: Số tài khoản (VND): Tên ngân hàng : Mã IFS : Địa chỉ ngân hàng:
---	---

CHI TIẾT SỰ CỐ

Ngày giờ xảy ra sự cố Nơi xảy ra sự cố :

Miêu tả tai nạn / sự cố :

.....

.....

.....

CHI TIẾT TỔN THẤT/ THIẾT HẠI TÀI SẢN

Tổn thất được phát hiện khi nào và do ai phát hiện ?

Miêu tả chi tiết vật dụng/ tài sản bị tổn thất (Đề nghị cung cấp hoá đơn mua gốc)	Năm mua	Giá mua	Chi phí sửa chữa, thay thế (Đề nghị cung cấp báo giá)	Số tiền yêu cầu bồi thường	Ghi chú

Nếu tổn thất là MẤT TIỀN hoặc chứng từ có giá trị, đề nghị ghi rõ số tiền / Giá trị:

Nếu tổn thất do **HỎA HOẠN**, hoạt động của doanh nghiệp có bị ảnh hưởng không và bị ảnh hưởng trong bao nhiêu ngày?

Vào thời điểm bị tổn thất, trụ sở/ văn phòng/ phân xưởng/ của hàng của bạn có bị bỏ trống không?

Nếu có, đề nghị cho biết bị bỏ trống trong bao lâu:

CHI TIẾT TAI NẠN CON NGƯỜI

Tên người bảo hiểm bị tai nạn Ngày tháng năm sinh

Hậu quả tai nạn

Ngày nhập viện Ngày ra viện

Tên và địa chỉ nơi chữa trị:

Số ngày nghỉ việc do tai nạn

Số tiền yêu cầu bồi thường: Chi phí y tế khác:

CHI TIẾT KHIẾU NẠI BÊN THỨ BA

Tên bên thứ ba:

Địa chỉ bên thứ ba

Miêu tả sự cố và mức độ thương tật / tổn thất:

.....

.....

.....

Ý kiến khác (nếu có)

.....

.....

CAM KẾT CỦA NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Tôi cam kết các chi tiết được kê khai trên đây là đúng và xác thực trong từng chi tiết. Tôi đồng ý rằng nếu tôi gian lận trong khiếu nại, kê khai sai hoặc giấu diếm hoặc che đậy thực tế, Hợp đồng bảo hiểm này sẽ mất hiệu lực và mọi quyền lợi theo Hợp đồng bảo hiểm cho khiếu nại hiện tại và các khiếu nại trong tương lai sẽ bị tước bỏ

Tên và chữ ký chủ hợp đồng

Giám đốc ký tên, đóng dấu