**GIẤY YÊU CẦU**

**BẢO HIỂM BỒI THƯỜNG CHO NGƯỜI LAO ĐỘNG**

**Kính gửi:** **CÔNG TY CỔ PHẦN BẢO HIỂM AAA**

**I. NGƯỜI THAM GIA BẢO HIỂM**

Tên đơn vị :

Địa chỉ :

Điện thoại : Fax

Lĩnh vực hoạt động :

Họ tên người đại diện : Chức vụ

**II. CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM**

Thời hạn bảo hiểm : Từ / / Đến / / *(Bao gồm cả 2 ngày này)*

Số người :

* Nghề nghiệp loại 1: ………..người (Danh sách đính kèm)
* Nghề nghiệp loại 2: ………..người (Danh sách đính kèm)
* Nghề nghiệp loại 3: ………..người (Danh sách đính kèm)
* Nghề nghiệp loại 4: ………..người (Danh sách đính kèm)

Số tiền bảo hiểm/người/vụ:

* Chết thương tật vĩnh viễn
* Trợ cấp nghỉ việc trong thời gian điều trị
* Chi phí y tế

Giới hạn lãnh thổ : Việt Nam

Mức khấu trừ : Không áp dụng

*Tôi /Chúng tôi cam đoan những người tham gia bảo hiểm theo danh sách đính kèm hiện nay đang ở trong tình trạng sức khỏe bình thường, không ốm đau, bệnh tật.*

*Tôi /Chúng tôi đồng ý chấp nhận ký hợp đồng bảo hiểm theo những điều kiện, điều khoản trong Quy tắc*.

 …………., ngày…………tháng………..năm………

 **Người yêu cầu bảo hiểm**

 ***(Ký tên, đóng dấu)***

**DANH SÁCH NGƯỜI LAO ĐỘNG**

**ĐƯỢC BẢO HIỂM THEO LOẠI HÌNH BẢO HIỂM BỒI THƯỜNG NGƯỜI LAO ĐỘNG**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **HỌ VÀ TÊN** | **CHỨC DANH** | **NGHỀ NGHIỆP** | **MỨC LƯƠNG THÁNG** | **Số CMND/****Hộ chiếu** | **SỐ TIỀN BẢO HIỂM** | **TÊN VÀ ĐỊA CHỈ NGƯỜI THỤ HƯỞNG** |
| **CHẾT, THƯƠNG TẬT** | **TRỢ CẤP NGHỈ VIỆC** | **CHI PHÍ Y TẾ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ………………….., ngày……. tháng……. năm……..

 **NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM**