

**CancerCash - Claim Form****Thông báo tổn thất và yêu cầu bồi thường bảo hiểm bệnh ung thư**

This form is issued without admission of liability and it must be completed and returned to us immediately, whether or not a claim is made.

Công ty TNHH Bảo Hiểm Liberty ("**Liberty**") không thừa nhận bất cứ trách nhiệm bồi thường nào trong thông báo này, nó phải được điền đầy đủ thông tin và gửi về cho chúng tôi ngay khi có thể cho dù yêu cầu bồi thường có được chấp nhận hay không.

CLAIM NO. (Office use only) Bồi thường số	Branch Chi nhánh
Broker/Agent Môi giới/Đại lý	Address Địa chỉ

**Insured/Policyholder**  
**Người được bảo hiểm**

Policy No. Số Hợp đồng bảo hiểm			
Insurance Period Thời hạn bảo hiểm	From Từ	To Đến	
Name of Insured Tên Người Được Bảo Hiểm	Gender Giới tính	<input type="checkbox"/> Male Nam  <input type="checkbox"/> Female Nữ	Birthday Ngày sinh
Contact Person Tên người liên lạc	Contact Address Địa chỉ liên lạc		
Phone number Số điện thoại	Email Address Địa chỉ Email		
What's final diagnosis? Chẩn đoán bệnh là gì?			
When did the symptom first appear ? Triệu chứng xuất hiện lần đầu tiên khi nào?			



## CancerCash - Claim Form

### Thông báo tổn thất và yêu cầu bồi thường bảo hiểm bệnh ung thư

Have you been treated by other doctor(s) for similar or related illness in the past?  
Bệnh đã được chữa trị trong quá khứ chưa?

Name/ address of facility where treatment rendered for above illness?  
Tên địa chỉ nơi điều trị trước đây?

Does your family member with cancer history?  
Tiền sử gia đình có người thân mắc bệnh ung thư không?

#### Method of reimbursement

##### Hình thức thanh toán

Bank transfer  
Chuyển khoản

Beneficiary  
Người thụ hưởng

Bank name  
Tên ngân hàng

Bank branch  
Chi nhánh ngân hàng

Address  
Địa chỉ

VND bank account  
Tài khoản bằng VND

Cash  
Tiền mặt

Beneficiary  
Người thụ hưởng

Passport/ID card No.  
Số passport/CMND/CCCD

Issued date  
Ngày phát hành

Issued place  
Nơi phát hành

Expiry date  
Ngày hết hạn



## CancerCash - Claim Form

### Thông báo tổn thất và yêu cầu bồi thường bảo hiểm bệnh ung thư

#### Declaration

##### Cam đoan

I hereby declare that the above made statements and the attached Medical document including but no limited such as personal information, medical documents, medical history... are true and complete to the best of my knowledge and take responsibility for this truly information , and that I understand it is made for use as evidence for Liberty's claims process

Tôi cam kết rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn YCBT và trong hồ sơ bồi thường bao gồm nhưng không giới hạn: thông tin cá nhân, hồ sơ bệnh án, thông tin khai báo bệnh sử, ....được đính kèm là hoàn toàn đầy đủ, đúng sự thật và chịu toàn bộ trách nhiệm về tính chính xác của những thông tin này cũng như hiểu rằng đây sẽ là bằng chứng xác thực cho quá trình giải quyết bồi thường của Liberty.

I/We have carefully read, understood and agreed the insurance company is entitled to process My/Our data, which may include but not limited to basic and sensitive personal data, in accordance with its privacy policy posted at: <https://www.libertyinsurance.com.vn/chinh-sach-rieng-tu>; or accessed by QR code:

Tôi/Chúng tôi đã đọc kỹ, hiểu và đồng ý cho công ty bảo hiểm được quyền xử lý dữ liệu, có thể bao gồm cả dữ liệu cá nhân cơ bản và nhạy cảm, theo chính sách bảo mật thông tin/quyền riêng tư của công ty bảo hiểm được đăng tải tại: <https://www.libertyinsurance.com.vn/chinh-sach-rieng-tu>, hoặc được truy cập bằng QR code:



I/We hereby authorize any hospital physician, other person who has attended or examined me, to furnish upon request to Liberty, or its authorized representative, any or all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Tôi/chúng tôi bằng văn bản này cho phép bệnh viện, bác sĩ hoặc bất kỳ ai đã khám chữa bệnh cho tôi, cung cấp cho Liberty hoặc người đại diện theo ủy quyền của Liberty khi có yêu cầu, bất kỳ hoặc toàn bộ các thông tin liên quan đến bệnh tật hoặc thương tổn của tôi, về quá trình chữa trị, khám bệnh kê toa hoặc điều trị, cùng toàn bộ bản sao của chứng từ y tế. Bản sao của việc đồng ý này cũng được coi như có hiệu lực và giá trị như bản chính.

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Signature of the Insured  
Chữ ký của người được bảo hiểm

