

WORKER'S COMPENSATION CLAIM FORM

YÊU CẦU BỒI THƯỜNG TAI NẠN CON NGƯỜI

INSURED INFORMATION (THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM)

Policy No. (Số hợp đồng bảo hiểm):	Name of Policyholder (Tên người được bảo hiểm):
Membership Card No. (Số thẻ bảo hiểm):	Name of Patient (Tên bệnh nhân):
Sex (Giới tính):	Date of Birth (Ngày tháng năm sinh):
Occupation (Nghề nghiệp):	ID/Passport No (Số CMND/ Hộ chiếu):
Contact Telephone No. (Số điện thoại liên hệ):	Email (Hộp thư):

PAYMENT (THANH TOÁN)

Bank transfer (Chuyển khoản)	Cash (Tiền mặt)
Beneficiary (Người thụ hưởng):	Beneficiary (Người thụ hưởng):
Bank name (Tên ngân hàng):	Passport/ID card No. (Số passport/CMND):
Bank branch (Chi nhánh ngân hàng):	Issued date (Ngày phát hành):
Address (Địa chỉ):	Issued place (Nơi phát hành):
VND bank account (Tài khoản bằng VND):	Expiry date (Ngày hết hạn):

PARTICULARS OF ACCIDENT/INJURY (THÔNG TIN VỀ TAI NẠN/THƯƠNG TẬT)

Date of Accident (Ngày tai nạn):	Place of Accident (Nơi xảy ra tai nạn):
Description of Accident (Mô tả tai nạn):	
Treated at (Nơi điều trị):	
Total medical expenses (Chi phí y tế):	Number of Days off-work (Số ngày nghỉ thực tế):
Give details of medical expenses (Chi tiết về các chi phí y tế):	

Date of bill or treatment (Ngày trên hóa đơn hoặc chữa trị)	Expenses for which reimbursement is claimed (Nội dung chi trả)	Currency & Amount paid (Số tiền chi trả)	Settlement is to be paid to whom (Người nhận số tiền bồi thường)

Please provide the following (Xin vui lòng cung cấp các chứng từ sau):

- (a) Original medical bills and/or medical reports/memo from the doctor/board of medical expertises stating the nature and extent of the injury if you are
 (b) Original hospital final bill and inpatient discharge summary if you are hospitalised as a result of an accident.
 Hóa đơn gốc của bệnh viện và Bản tóm tắt bệnh án trong trường hợp người được bảo hiểm phải nhập viện do tai nạn.
- (c) Death Certificate issued by medical expertise or other authorities if the insured dies as a result of the accident.
 Giấy chứng tử do Giám Định Y Khoa hay cơ quan có thẩm quyền cấp trong trường hợp người được bảo hiểm tử vong do tai nạn
- (d) Document proving legal inheritance (where the Insured dies)
 Giấy thừa kế hợp pháp (trong trường hợp người được bảo hiểm tử vong)

NATURE OF CLAIM. I am making a claim for the following (please tick)
MỨC ĐỘ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG. Tôi yêu cầu bồi thường với loại sau (xin vui lòng đánh dấu vào)

1) Section A (Phần A)			
<input type="checkbox"/> Death (Chết)	<input type="checkbox"/> Permanent Total Disablement (Tàn phế toàn bộ vĩnh viễn)	<input type="checkbox"/> Permanent Partial Disablement (Tàn phế bộ phận vĩnh viễn)	
2) Section B (Phần B)			
<input type="checkbox"/> Temporary Total Disablement (Tàn phế toàn bộ tạm thời)	<input type="checkbox"/> Temporary Partial Disablement (Tàn phế bộ phận tạm thời)		
3) Section C (Phần C)			
<input type="checkbox"/> Medical Expenses (Chi phí y tế)			

OTHER INSURANCE (BẢO HIỂM KHÁC)

Is there any other policy(ies) covering the Insured in respect of this accident? (Có bảo hiểm khác bảo hiểm cho Người được bảo hiểm về tai nạn này?)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
If Yes, please give details: (Nếu Có, xin cho biết chi tiết):		
Are you claiming against Social Insurance? (Bạn có yêu cầu Bảo Hiểm Xã Hội bồi thường không?)	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
If Yes, please give details: (Nếu Có, xin cho biết chi tiết):		

DECLARATION (CAM ĐOAN)

I/We declare that I/we have complied with the conditions and warranties (if any) of the Policy and in no manner deliberately caused the said loss or damage or sought to benefit by any fraud or wilful misrepresentation and that the information shown on this Form is true and that I/we have not concealed any information relating to this claim.

Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng Tôi/Chúng tôi tuân thủ theo mọi điều kiện, điều khoản của hợp đồng bảo hiểm và không có hành vi chủ đích gây ra tổn thất hay thiệt hại nói trên hoặc trục lợi bằng các hành vi gian dối hay cố ý bóp méo sự việc; và rằng các thông tin được khai báo trong thông báo này là sự thật và Tôi/Chúng tôi không giấu giếm che đậy bất kỳ thông tin liên quan đến yêu cầu bồi thường này.

I/We also understand that this declaration gives permission the insurer and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners.

Tôi/Chúng tôi cũng đồng ý rằng với giấy yêu cầu này, cho phép công ty bảo hiểm và đại diện của họ tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sĩ đã và đang điều trị cho tôi.

Date (Ngày) -----

Signature of the Claimant
(Chữ ký của người đòi bồi thường)

Date (Ngày) -----

Signature of Policyholder & Stamp
(Chữ ký và dấu của đơn vị được bảo hiểm)