

Personal Accident - Claim Form
Yêu cầu bồi thường tai nạn con người**Information of Policyholder**
Thông tin chủ hợp đồng

Policy No Số hợp đồng bảo hiểm	Name of Policy holder Tên chủ hợp đồng
-----------------------------------	---

Insured Information
Thông tin chi tiết của người được bảo hiểm

Name of Patient Tên bệnh nhân	Sex Giới tính	<input type="checkbox"/> Male Nam <input type="checkbox"/> Female Nữ
Date of Birth Ngày tháng năm sinh	ID/Passport No Số CMND/ CCCD/ Hộ chiếu	Occupation Nghề nghiệp
Contact Telephone No. Số điện thoại liên hệ	Email Hộp thư	Membership Card No. Số thẻ bảo hiểm

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/CCCD
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)



Personal Accident - Claim Form
Yêu cầu bồi thường tai nạn con người

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 Miêu 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 treated
Hóa đơn gốc / hoặc báo cáo y tế/ bản tóm tắt từ bác sĩ / hội đồng giám định y tế nêu rõ đặc điểm và mức độ của chấn thương nếu bạn được điều trị

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)



Personal Accident - Claim Form

Yêu cầu bồi thường tai nạn con người

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)

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?	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không
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?	<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không
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.



Personal Accident - Claim Form
Yêu cầu bồi thường tai nạn con người

Date
Ngày

Signature of the Claimant
Chữ ký của người đòi bồi thường

Date
Ngày

Signature of Policy holder & Stamp
Chữ ký và dấu của đơn vị được bảo
hiểm

