

**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	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



## CancerCash - Claim Form

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

#### Declaration Cam đoan

I/We do solemnly and sincerely declare that the foregoing particulars are true and correct in every detail and I/we agree that if I/we have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statements of suppressing conceal or falsely state any material fact whatsoever the Policy shall be cancelled and all rights to recover thereunder in respect of past or future claims shall be forfeited.

Tôi/chúng tôi tuyên bố rằng các thông tin kê khai trên đây là đúng và xác thực từng chi tiết. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng nếu tôi/chúng tôi khai báo sai sự thật hoặc lừa dối trong yêu cầu bồi thường hoặc các thông báo bổ sung về yêu cầu bồi thường đó, hoặc không thông báo, che giấu hoặc khai sai sự thật bất kỳ thông tin quan trọng nào, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị hủy bỏ và mọi quyền lợi bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm đối với các yêu cầu bồi thường trước đây hoặc sau này sẽ không có giá trị.

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

