



Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty
Tầng 18, Tòa nhà Vincom
45A Lý Tự Trọng, Quận 1, TP. HCM
Tầng 18, Tòa nhà Vincom,
45A Lý Tự Trọng, Phường Sài Gòn, TP. HCM (do sáp nhập)
Hotline: 1800 599 998
MST: 0304732887
www.libertyinsurance.com.vn

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	Gender/Giới tính ☐ Male/Nam ☐ 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 Address/Địa chỉ email 	
Membership Card No./Số thẻ bảo hiểm 		
Have You/ Insured currently been covered under any Health/Personal Accident/Life Insurance contract? (if YES, please list out the name of Insurers) Hiện tại Anh/Chị/Người được bảo hiểm có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ nào khác không (nếu có, vui lòng liệt kê các công ty bảo hiểm đó). 		



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

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 hộ chiếu/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) _____

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 _____



Personal Accident - Claim Form

Yêu cầu bồi thường tai nạn con người

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

- 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
- 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.
- 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
- 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)

1/Section A/Phần A

Death/Chết

Permanent Total Disablement/Tàn phế toàn bộ vĩnh viễn

Permanent Partial Disablement/Tàn phế bộ phận vĩnh viễn

2/Section B/Phần B

Temporary Total Disablement/Tàn phế toàn bộ tạm thời

Temporary Partial Disablement/Tàn phế bộ phận tạm thời

3/Section C/Phần C

Medical Expense/Chi phí y tế



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

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/Có	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?	Yes/Có	No/Không
If Yes, please give details/Nếu Có, xin cho biết chi tiết		

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 mã QR:



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

