

**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 Policyholder 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
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



**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

- 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)



## 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 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 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

