

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

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



CancerCash - Claim Form

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

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 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

