

CANCER CASH CLAIM FORM

(THÔNG BÁO TỐN 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 Liberty Insurance Limited 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)

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):

Occupation (Nghề nghiệp):

Birthday (năm sinh):

Contact Address: (Địa chỉ liên lạc:)

Contact Person & Tel. No.: (Tên người liên lạc & Số điện thoại:)

Email Address (Địa chỉ Email:)

METHOD OF REIMBURSEMENT (HÌNH THỨC THANH TOÁN)

Bank Transferring (Chuyển Khoản):

1. Beneficiary (Người thụ hưởng):

2. Bank Name (Tên ngân hàng):

3. Bank Branch (Chi nhánh ngân hàng):

4. Address (Địa chỉ):

5. Account in VND (Tài khoản bằng VND):

Cash (Tiền mặt):

1. Beneficiary (Người thụ hưởng):

2. Passport/ID card No. (Số passport/CMND):

3. Issued date (Ngày phát hành):

4. Issued Place (Nơi phát hành):

5. Expiry date (Ngày hết hạn):

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 suppress conceal or falsely state any material fact whatsoever the Policy shall be void 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 dấu hoặc khai sai sự thật bất kỳ thông tin quan trọng nào, Hợp đồng bảo hiểm sẽ bị vô hiệu 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 Viet Nam, 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 Việt Nam hoặc người đại diện theo ủy quyền của Liberty Việt Nam 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 chúng tôi y tế. Bản sao của giấy ủy quyền này cũng được coi như có hiệu lực và giá trị như bản chính.)

NHỮNG GIẤY TỜ KÈM THEO/ DOCUMENT NEED TO SUBMIT

1. Giấy nhập/ ra viện/ phiếu mổ:

2. Đơn thuốc:

3. Phiếu xét nghiệm, chụp chiếu, sinh thiết:

4. Giấy chứng tử:

5. Giấy tờ khác:

Tổng số tờ:

Date (ngày)

Signature of the Insured
(Người được bảo hiểm)