|  |
| --- |
| **GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG – BẢO HIỂM TAI NẠN CON NGƯỜI**  ***PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM*** |
| Anh/Chị vui lòng điền đầy đủ thông tin trả lời vào các phần liên quan. Nếu như không có đủ khoảng trống cho câu trả lời, Anh/Chị vui lòng trả lời tiếp vào tờ giấy riêng biệt và đính kèm theo Yêu cầu bồi thường này.  *It is important that all relevant sections are to be answered in full. There is not enough space to complete your answers, please continue on a separate sheet which is attached to this Claim Form.* |

|  |
| --- |
| **Thông tin Bên mua bảo hiểm/ *Details of Policy Holder***  Tên/ *Name: .*…..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Hợp đồng bảo hiểm số/ *Policy number:*  Địa chỉ/ *Postal Address:*  Số điện thoại/ *Telephone No.:* Số fax/ *Fax No.*:  (Vui bỏ qua nếu trùng với Người được bảo hiểm*/ Please ignore if you are also the Insured Person)* |

|  |
| --- |
| **Thông tin Người được bảo hiểm/ *Details of the Insured***  Họ tên/ *Full Name*: ........................................... Số CMND/ *ID No.*:  Ngày tháng năm sinh/ *Date of Birth*: ……………………… ………………. Quốc tịch/ *Nationality …*………...................................................................  Địa chỉ nhà riêng/ *Private Address:* Số ĐT/ *Tel No.:*  Nghề nghiệp/ *Occupation:* …………………………….. Ngày tham gia làm việc/ Joining Date:…………………………………..  Email: …………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................  Quan hệ với Bên mua bảo hiểm: ………………………………………..…/ Người lao động/ *Employee*  Thông tin Người YCBT (nếu không phải Người được bảo hiểm)/ *Details of Claimant (other than the Insured)*  Họ tên*/ Full name: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*  Email*: …………………………………………………………………*Số điện thoại/ *Phone number*: ……………………………………………………………………………………..  Quan hệ với Người được bảo hiểm/ *Relationship with the Insured: …………………………………………………………………………………………………* |

|  |
| --- |
| **Diễn biến tai nạn/ *Accident***  Ngày/ *Date:* .......................................................................Giờ/ *Time:* .................................... am/pm  Nơi xảy ra tai nạn/ *Place:*  Nêu rõ chi tiết diễn biến tai nạn/ *Describe the accident in details:*                Trong trường hợp tai nạn giao thông: - Phương tiện vận chuyển: xe đạp/ xe máy/ phương tiện khác: ..........................................  *In cases of trafic accident: - Means of transport: Bicycle/Motorbike/Other:*  Bằng lái: Có/ Không - khoanh tròn nếu áp dụng. Số bằng lái: ..................................................................................................................................  *Driving Licence: Yes/No circle if applicable. - If Yes, Licence No.* |

|  |
| --- |
| **Thương tật/ *Injury***  Bản chất của thương tật/ *Nature of injury*  Trước đây Anh/Chị có bị thương tật ở cùng bộ phận đó không? …………………………………………..Có/ Không………………………………………  *Have you previously suffered from injury to the same body part? ................................................................ Yes/ No* …………………………..  Nếu trước đây Anh/Chị có bị thương tổn ở cùng bộ phận, vui lòng nêu chi tiết...........................................................................................  *If YES, give details*  .  Do hậu quả của tai nạn, thời gian mà Anh/Chị không thể tham gia/thực hiện công việc của mình là bao lâu?  *How long have you been unable to engage in or attend to your usual occupation as the result of the accident?*  a Toàn bộ/ *Totally*: Từ/ *From* Tới/ *To* ngày/ *days*  b Bộ phận/ *Partially:* Từ/ *From* Tới/ *To* ngày/ *days* |

|  |
| --- |
| **Hợp đồng bảo hiểm khác / *Other Insurance***  Anh/Chị có thể yêu cầu bồi thường từ một công ty bảo hiểm khác ? Có/ Không ………………………………………………………………………..  *Can compensation be claimed from any insurer?* *Yes/ No*  Nếu có, nêu rõ chi tiết công ty bảo hiểm, số Hợp đồng bảo hiểm/ *If YES, give details of insurance company(ies), Policy number*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
|  |
| **Cam đoan/ *Declaration***  Tôi cam đoan rằng những chi tiết khai báo trên đây là chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết và thông tin của tôi, và Tôi không che giấu bất kỳ thông tin trọng yếu nào.  *I hereby certify that the foregoing statements are to the best of my knowledge and information, true and complete, and I have not withheld any material information.*  Tôi đồng ý ủy quyền cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nắm giữ thông tin liên quan đến yêu cầu bồi thường này, bao gồm bất kỳ người hành nghề khám chữa bệnh, cơ sở khám chữa bệnh, công ty bảo hiểm, và đại lý giám định bồi thường nào, cung cấp và trao đổi các thông tin này (bao gồm cả thông tin sức khỏe cá nhân) theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm hoặc đơn vị cung cấp dịch vụ giải quyết bồi thường của họ.  *I authorize any person or organization who has relevant information pertaining to this claim, including any medical practitioner, health care provider, insurance company, and claim agencies, to release and exchange such information (including personal health information) requested by the Insurer and/or its claims service providers.*  Tôi cũng đồng ý ủy quyền cho Công ty bảo hiểm và đơn vị cung cấp dịch vụ giải quyết bồi thường của họ thu thập, sử dụng, tiết lộ và trao đổi với cá nhân, tổ chức nói trên với bất kỳ thông tin nào (bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân).  *I also authorize the Insurer and its claims service providers to collect, use, disclose and to exchange with the persons or organizations listed above any information (including personal health information).*  **Chữ ký của Người được bảo hiểm/ *Insured Person’s signature*:** ...................................... **Ngày/ *Date:*** *.........................................................*  Vui lòng chuyển số tiền bồi thường bảo hiểm theo thông tin người thụ hưởng như sau:  *Please make a remittance of the claim amount to the following beneficiary:*  Tên chủ tài khoản/ *Account tittle*: …………………………………  Số tài khoản/ *Account number*: ……………………………………  Tên ngân hàng/ *Bank name*: ……………………………………….  Địa chỉ ngân hàng/ *Bank address*: …………………………………  (trong trường hợp Người thụ hưởng trên đây không đồng thời là Người được bảo hiểm, các bên đồng ý rằng Người được bảo hiểm đã chấp thuận chuyển quyền nhận tiền bồi thường bảo hiểm cho Người thụ hưởng này và Công ty bảo haiểm được coi là hoàn thành nghĩa vụ giải quyết yêu cầu bồi thường này/ *In case the Beneficiary is different from the Insured, it is agreed that the Insured has consented the transfer of right to receive the claim amount to such Beneficiary and the Insurer has fulfilled its obligation for settling this claim)*  **Chữ ký và đóng dấu của Bên mua bảo hiểm/**  . **Ngày/ *Date:*** *................................................................*  ***The Policy Holder’s signature and seal*** |

**Ghi chú/ Notes:**

1. Xin lưu ý phiếu tường trình tình trạng sức khỏe kèm theo đây phải được điền bởi bác sĩ điều trị có đủ trình độ chuyên môn và có đăng ký hành nghề.

*It is important that any attached Medical Report must be completed by qualified and registered medical practitioner.*

1. Trường hợp Anh/Chị yêu cầu bồi thường đối với chi phí điều trị hoặc những chi phí khác, xin vui lòng cung cấp đầy đủ chứng từ có liên quan.

*If you wish to claim for reimbursement of medical or other expenses, it is required to provide sufficient evidence and documents.*

1. Trường hợp Anh/Chị yêu cầu bồi thường có liên quan đến tiền lương, tiền công lao động, Anh/Chị vui lòng đính kèm giấy xác nhận của người chi trả thu nhập về mức tiền lương mà họ đã trả cho Anh/Chị trong vòng mười hai (12) tháng trước ngày xảy ra tai nạn.

*If you wish to claim for compensation of labor salaries, you are requested to provide a written confirmation of your employer on the paid salary to you during the twelve (12) months prior to the accident.*

|  |
| --- |
| **CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ/ MEDICAL EXPENSES** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT/**  ***No.*** | **Ngày/**  ***Date*** | **Số chứng từ/ hóa đơn/**  ***Bill/ Invoice No.*** | **Tên hiệu thuốc/ bệnh viện**  ***Name of Pharmacies/ Hospitals*** | **Số tiền/**  ***Amount*** | **Phần dành cho TMIV/**  ***TMIV Section*** | |
| **Số tiền điều chỉnh/**  ***Adjusted Amount*** | **Ghi chú/**  ***Remarks*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | GRAND TOTAL **(TỔNG CỘNG)** |  |  |  |