**GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG CHO BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE**

***HEALTHCARE INSURANCE CLAIM FORM***

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, vui lòng trả lời tiếp vào tờ giấy riêng biệt và đính kèm theo Giấy yêu cầu bồi thường này.

*It is important that all relevant sections are to be fully answered. In case there is not enough space to complete your answers, please use a separate sheet and attach it to this Claim Form.*

1. **THÔNG TIN CHUNG*/GENERAL INFORMATION***

|  |
| --- |
| **a/ Người yêu cầu bồi thường là Người được bảo hiểm *(Claimant being the Insured):*** |
| Họ và tên*/Full name:* | Quốc tịch*/ Nationality:* |
| Địa chỉ số/*Address*:  *Đường/Thôn/Xóm (Street/Hamlet):**Phường/Xã (Ward): Quận/Huyện (District): Tỉnh/TP (Province/City):* |
| Ngày sinh*/DOB: / /*Giới tính/ *Gender*: [ ] Nam/*Male* [ ] Nữ/ *Female* | CCCD/Hộ chiếu *(bắt buộc)*:*ID No./Passport No. (Compulsory):* |
| Địa chỉ email/*Email address:* | Số điện thoại/*Tel:* |
| **b/ Bên mua bảo hiểm *(Policy holder):*** |
| Tên/*Name:* | Số hợp đồng bảo hiểm*/Policy No.:* |
| **c/ Người yêu cầu bồi thường không đồng thời là Người được bảo hiểm/ *Claimant NOT being the Insured:*** |
| Họ và tên/*Full name:* | Mối quan hệ với NĐBH*/Relationship with the Insured:* |
| Địa chỉ số/*Address*:  *Đường/Thôn/Xóm (Street/Hamlet):**Phường/Xã (Ward): Quận/Huyện (District): Tỉnh/TP (Province/City):* |
| Ngày sinh*/DOB: / /*Giới tính/ *Gender*: [ ] Nam/*Male* [ ] Nữ/ *Female* | CCCD/Hộ chiếu *(bắt buộc)*:*ID No./Passport No. (Compulsory):* |
| Địa chỉ email/*Email address:* | Số điện thoại/*Tel:* |

1. **THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN ĐƯỢC BẢO HIỂM/ *DETAILS ABOUT* *INSURED EVENT***

Vui lòng chọn loại sự kiện được bảo hiểm/*Please tick your related insured event*

**[ ] Tai nạn/***Accident* **[ ]Ốm đau/** *Sickness, Diseases* **[ ]Thai sản/***Maternity*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ngày xảy ra: ……./..…../…....***Date of occurrence:* | **Khám/ điều trị tại:***Treatment at:* |
|  **Ngoại trú Nội trú** *Outpatient Inpatient* | Từ ngày/ *From:* ……./..…../…....Đến ngày/ *To*: ……./..…../….... |  **Tai nạn/** *Accident* GPLX hợp lệ*/ Drive license*: **Có** *Yes* / **Không**/No*GPLX số/ License No.:* |
| **Chẩn đoán của bác sỹ/***Diagnosis by doctor:* |
| Trước đây NĐBH có bị thương tật ở cùng bộ phận đó hay có bệnh tật tương tự không? **Có/ Không***Has the Insured previously suffered from an injury to the same part or a similar illness?* *Yes/ No*Nếu CÓ, vui lòng nêu chi tiết/ *If YES, please give details:*  |
| **(Chỉ áp dụng cho trường hợp Tai nạn) Nguyên nhân tai nạn/** *(Applicable to case of accident only)**Cause of accident:* |

1. **CHI TIẾT CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ/ *DETAILS OF MEDICAL EXPENSES***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **SỐ HÓA ĐƠN/** *INVOICE No.* | **MÔ TẢ LOẠI CHI PHÍ/** *DESCRIPTION* | **SỐ TIỀN/***AMOUNT* |
| **1.**  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **TỔNG CỘNG/ *TOTAL*** |  |

1. **THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG/ *BENEFICIARY INFORMATION***

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 owner:* …………………………………
* Số tài khoản/ *Account number:* ……………………………………
* Tên ngân hàng/ *Bank name:* ……………………………………….
* Địa chỉ ngân hàng/ *Bank address*: …………………………………

Lưu ý: Trong trường hợp Người thụ hưởng trên đây không đồng thời là Người được bảo hiểm, vui lòng cung cấp giấy tờ theo phần Lưu ý dưới đây. 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 hiểm được coi là hoàn thành nghĩa vụ giải quyết yêu cầu bồi thường này.

*Note:* *In case the Beneficiary is different from the Insured,* *please provide evidence as stipulated in Notes below. It is agreed that the Insured has consented to the transfer of right to receive the claim amount to such Beneficiary and the Insurer has fulfilled its obligation for settling this claim.*

1. **CAM KẾT/ DECLARATIONS**

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 cam kết hóa đơn điện tử trong hồ sơ này được sử dụng để yêu cầu bồi thường chi phí y tế duy nhất tại TMIV. Trường hợp TMIV phát hiện hóa đơn này được dùng để yêu cầu bồi thường và/hoặc đã được bồi thường cùng khoản chi phí y tế tại công ty bảo hiểm/ đơn vị khác, TMIV bảo lưu quyền truy đòi lại một phần hoặc toàn bộ các khoản đã chi trả để đảm bảo tuân thủ các quy định của Hợp đồng bảo hiểm và pháp luật hiện hành.

*I hereby commit that the submitted electronic invoices are used to claim medical expenses at TMIV only. In case TMIV detects that the aforementioned electronic invoices are used to claim and/or receive reimbursement for the same medical expenses at any other insurers/ parties, TMIV reserves the right to request the insured to refund partly or wholly the paid amount in accordance with the Policy and current regulations.*

Người được bảo hiểm hoặc Người yêu cầu bồi thường đã đọc và hiểu rõ Tuyên bố Chính sách Bảo mật và Xử lý Dữ liệu Cá nhân của Công ty bảo hiểm đăng tải tại website của Công ty bảo hiểm: https://tokiomarine.com.vn/vi/tuyen-bo-ve-chinh-sach-bao-ve-va-xu-ly-du-lieu-ca-nhan.html và tại đây chấp thuận cho Công ty bảo hiểm và các bên xử lý dữ liệu liên quan để thực hiện việc xử lý dữ liệu cá nhân của chủ thể dữ liệu, và đảm bảo việc có ủy quyền hợp lệ và/hoặc chấp thuận của các chủ thể dữ liệu của dữ liệu cá nhân được cung cấp.

*The Insured or Claimant has read and understood fully our Personal Data Protection & Processing Policy Statement posted on the website: https://tokiomarine.com.vn/en/personal-data-protection-and-processing-policy-statement.html and hereby consent to the Company and its related data processors to perform the processing of personal data of data subjects, and to obtain valid authorization and/or consent by data subjects regarding the provided personal data.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Người được bảo hiểm/ Người yêu cầu bồi thường****The *Insured/Claimant*** *................................................**Ngày/ Date* | **Bên mua bảo hiểm*****Policy Holder****................................................**Ngày/ Date* |

**Lưu ý*/ Note:***

Nếu Người thụ hưởng không phải là Người được bảo hiểm và Người được bảo hiểm không ký trên Giấy yêu cầu bồi thường này, vui lòng cung cấp tài liệu như sau:

*If the Beneficiary not being the Insured, and The Insured doesn’t sign in this Claim Form, kindly provide the following document:*

* Giấy tờ chứng minh nhân thân của Người thụ hưởng*/ Identification documents of Beneficiary.*
* Giấy tờ chứng minh quan hệ gia đình trực tiếp giữa NTH & NĐBH (gồm: cha mẹ với con cái, vợ chồng, anh chị em ruột) hoặc Giấy ủy quyền công chứng (nếu không có mối quan hệ gia đình kể trên).

*Evidence of direct family relationship between Beneficiary & the Insured (for relationships: between parents & children, spouses, siblings); or notarized authorization letter (if there is no such family relationship).*

* *Trường hợp* Người thụ hưởng là Người thừa kế hoặc Người đại diện pháp luật của Người thừa kế: Giấy tờ về thừa kế hợp lệ*/ If the Beneficiary(ies) being legitimate inheritor or its legal representative: valid inheritance documents.*