|  |
| --- |
| **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 số/*Address*:*………………………………….Đường/Thôn/Xóm (Street/Hamlet):…………………………………………………………………………………..*  *Phường/Xã (Ward):…………………………….Quận/Huyện (District):…………………………..Tỉnh/TP (Province/City):……………………………………....*  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 CCCD/ *ID No (bắt buộc):*  Ngày tháng năm sinh/ *Date of Birth*: ……………………… ………………. Quốc tịch/ *Nationality …*………...................................................................  Địa chỉ số/*Address*:*………………………………….Đường/Thôn/Xóm (Street/Hamlet):…………………………………………………………………………………..*  *Phường/Xã (Ward):…………………………….Quận/Huyện (District):…………………………..Tỉnh/TP (Province/City):……………………………………....*  Số ĐT/ *Tel No.:* …………………………………………………………………….  Nghề nghiệp/ *Occupation:* …………………………….. …………………………….Ngày tham gia làm việc/ Joining Date:…………………………………..  Mức lương tháng/ *Monthly Salary:* ………………………………………………Mã số nhân viên/ *Employee Code*:…………………………………..  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*: ……………………………………………………………………………………..  Địa chỉ số/*Address*:*………………………………….Đường/Thôn/Xóm (Street/Hamlet):…………………………………………………………………………………..*  *Phường/Xã (Ward):…………………………….Quận/Huyện (District):…………………………..Tỉnh/TP (Province/City):……………………………………....*  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 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.*  **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 hiểm 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 Quý Khách hàng yêu cầu bồi hoàn cho chi phí điều trị hoặc những chi phí khác của Người bị tai nạn, vui lòng cung cấp đầy đủ chứng từ có liên quan.

*If you are claiming for reimbursement of medical or other expenses for such Injured Person, it is requested to provide sufficient evidence and documents.*

1. Trường hợp Quý Khách hàng yêu cầu bồi thường có liên quan đến tiền lương, tiền công lao động, Quý Khách hàng vui lòng đính kèm giấy xác nhận về mức tiền lương của tháng liền kề trước khi xảy ra Sự kiện bảo hiểm hoặc thời điểm xác định Sự kiện bảo hiểm.

*If you wish to claim for compensation of labor salaries, you are requested to provide a written confirmation on the paid salary to the Injured worker of the month right before the occurrence of the Insured Event or at the time of determination of Insured Event.*

*.*

|  |
| --- |
| **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)** |  |  |  |