|  |
| --- |
| **GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG - BẢO HIỂM TAI NẠN LAO ĐỘNG**  ***WORKER’S COMPENSATION CLAIM FORM*** |
| Quý Khách hàng 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, Quý Khách hàng 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 Người được bảo hiểm/ *Details of the Insured***  Tên/ *Name: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  Hợp đồng bảo hiểm số/ *Policy number:*  Địa chỉ/ *Postal Address:*  Số điện thoại/ *Telephone No.:* Số fax/ *Fax No.*: |

|  |
| --- |
| **Người lao động bị tai nạn/ *Injured Worker***  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.:*  Email: ……………………………………………………………………………………………………………………  Nghề nghiệp/ *Employment/Occupation:* ………………….. Ngày tham gia làm việc/ Joining Date:  Mức lương tháng/ M*onthly salary:* ……………………….. Mã số nhân viên/ *Employee Code*: ................................................... |

|  |
| --- |
| **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:*  Giấy phép lái xe: Có/ Không có - Khoanh tròn nếu áp dụng. Số Giấy phép lái xe: ..................................................................................  *Driving Licence: Yes/No - Circle if applicable. - If Yes, Licence No.* |

|  |
| --- |
| **Nguyên nhân của vụ tai nạn/ *Cause of the accident***          **Kết luận về vụ tai nạn/ *Conclusion of the accident***  Trường hợp tai nạn được coi là tai nạn lao động hay không phải là tai nạn lao động? Vì sao?  *The accident is considered as labour accident or not? What is reason?*      **Kết luận về người có lỗi/ *What is conclusion of casualty?*** *[Who’s fault?]*      **Thương tật/ *Injury***  Bản chất của thương tật/ *Nature of injury*  Trước đây anh/chị có bị thương tật ở cùng bộ phận đó hay có bệnh tật tương tự không? ..........................Có/không  *Has he/she previously suffered from an injury to the same part or a similar illness?.................................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 hay bệnh tật, thời gian mà anh/chị không thể tham gia/thực hiện công việc của mình là bao lâu?  *How long has he/she been disabled from engaging in or attending to his/her usual employment or occupation as a result of the injury or illness?*  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***  Chúng tôi/ 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 chúng tôi/tôi, và Chúng tôi/Tôi không che giấu bất kỳ thông tin trọng yếu nào.  *We/ I hereby certify that the foregoing statements are to the best of my/our knowledge and information, true and complete, and We/ I have not withheld any material information.*  ***Cam đoan riêng của Người lao động bị tai nạn/ Warranty of the Injured worker***  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 lao động bị tai nạn/ *Injured worker’s signature*:** ...................................... **Ngày/ *Date:*** *.....................*  ***Cam đoan riêng của Người được bảo hiểm/ Warranty of the Insured***  Chúng tôi chấp thuận cho Công ty bảo hiểm liên hệ trao đổi với tất cả các bên, bao gồm Người lao động bị tai nạn, người lao động liên quan, và đơn vị khám chữa bệnh.  *We consent to the Insurer communicating with all parties, including injured workers, related workers, and health providers*.  Vui lòng chuyển số tiền bồi thường cho người thụ hưởng 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*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  [ ] Tích vào ô này nếu Người thụ hưởng nói trên là Người lao động bị tai nạn hoặc đại diện hợp pháp của người đó  [ ] *Please tick this box if the Beneficiary is the Injured worker or his/her authorized representative*  **Chữ ký và đóng dấu của Người được bảo hiểm/** ......  **Ngày/ *Date****: .......................................................*  ***The Insured’s signature and seal*** |

**Ghi chú/ Notes:**

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 mà Người được bảo hiểm đã trả cho Người bị tai nạn 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 on the paid salary to the Injured worker 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)** |  |  |  |