|  |
| --- |
| **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 Công ty được bảo hiểm/ *Details of the Insured***  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.*: |

|  |
| --- |
| **Người lao động bị tai nạn/ *Injured Worker***  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.:*……………………………………………………………….Email: ……………………………………………………………………………………………………………………  Nghề nghiệp/ *Employment/Occupation:* ……………………….. Ngày tham gia làm việc/ Joining Date:…  Mức lương tháng/ M*onthly salary:* ……………………………………. Mã số nhân viên/ *Employee Code*: .................................................................  Người lao động thuộc đối tượng nào: Người lao động/ Người học nghề/ Người thử việc/ Thực tập sinh/  Lao động thuê ngoài/ Đối tượng khác……………………………………………………………………  *Injured Worker is: Employee/ Apprentice, Trainee/ Probationary staff/ Intern/ Outsourced staff/ Others* |

|  |
| --- |
| **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?*  Từ/ *From* Tới/ *To* ngày/ *days*  Anh/ chị đã kết thúc việc điều trị cho thương tật hay chưa? ……………………………………Đã kết thúc/ Chưa kết thúc  *Did you finish period of treatment for the injury?**………………………………………………………. Yes / No* |

|  |
| --- |
| **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 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 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*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Nếu Người thụ hưởng không phải là Người được bảo hiểm hoặc người lao động bị tai nạn, KH cần cung cấp tài liệu như sau:  *If the Beneficiary not being the Insured or the injured worker, kindly provide the following document:*   * Giấy tờ chứng minh nhân thân của Người thụ hưởng/ Identification documents of Beneficiary. * Giấy ủy quyền công chứng/*notarized authorization letter* * 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.   **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 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)** |  |  |  |