

Bảo Hiểm Tai Nạn Cá Nhân Theo Nhóm

Group Personal Accident Insurance

CHUBB

Việc tiếp nhận Đơn này không có nghĩa là chấp nhận trách nhiệm của Công ty.
The acceptance of this Form is NOT an admission of liability on the part of the Company.

Mẫu Đơn Yêu cầu bồi thường

Claim Form

Insured Details	
Số Hợp đồng: Policy number:	
Thời hạn Bảo hiểm: Period of Insurance:	
Tên Bên mua bảo hiểm: Name of Policyholder:	

Phần (A): Thông Tin Về Người Được Bảo Hiểm Và Người Yêu Cầu Bồi Thường/ Section (A): Particulars Of Insured Person And Claimant

Tên và Địa chỉ hộp thư của Người được bảo hiểm:
Name & Postal Address of Insured Person: _____

Ngày sinh: : / /
Date of Birth _____

CMND/Hộ chiếu (Số, Ngày cấp, Cơ quan cấp):
ID/Passport (Number, Date of issuance, Issuing boby): _____

Địa chỉ email:
E-Mail address: _____

Số điện thoại:
Telephone number: _____

Tên và địa chỉ hộp thư của Người yêu cầu bồi thường:
Name & Postal Address of Claimant:

Quan hệ với Người được bảo hiểm:
Relationship with Insured Person:

Ngày sinh:
Date of birth:

CMND/ Hộ chiếu(Số/ ngày / cơ quan cấp)
ID/Passport (Number,Date of issuance,Issuing boby)

Địa chỉ Email:
EMail Address:

Số điện thoại:
Telephone number:

Người yêu cầu bồi thường bao gồm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, người thụ hưởng hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm, tùy từng trường hợp.

(*) Claimant shall include the Policyholder, the Insured Person, the beneficiary or the legal representative of the Insured Person, as the case may be.

Phần (B): Thông tin về tai nạn /Section (B): Particulars Of Ascident

Vui lòng mô tả chính xác diễn biến xảy ra tai nạn:
Please explain exactly on how the accident occurred:

Địa điểm xảy ra tai nạn:
PlChubb of Accident occurrence:

Ngày và thời gian xảy ra tổn thất:
Date and time of loss occurrence:

Thời gian xảy ra tai nạn:
Time of occurrence:

Thời điểm và người phát hiện tổn thất:
On when and by whom was the loss discovered:

Quan hệ:
Relationship:

Tên và Địa chỉ của Nhân chứng:
Name & Address of any Witnesses:

Ngày sinh:
Date of bi

Số điện thoại:
Telephone number:

CMND/ Hộ chiếu (Số, Ngày cấp, Cơ quan cấp):
ID/Passport (Number, Date of issuance, Issuing boby):

Phần (C): Tình Trạng Thương Tích / Section (C): Nature Of Injury

1. Miêu tả chi tiết thương tích, ghi rõ thương tích ở phần nào của cơ thể và loại tổn thương (ví dụ: gãy xương, vết đứt, vết bầm,...)
 Có Không

Describe in details the injuries sustained, indicating the part of the body injured and the type of injury (e.g., Fracture, cut, bruise, etc.)
 Yes No

2. Chuẩn đoán tình trạng và nguyên nhân của thương tích / Diagnosis of conditions and Cause of Injury:

3. Tên và Địa chỉ của (các) bác sĩ chữa trị và ngày khám
Name and Address of doctor(s) who treated you and consultation date(s).

4. Trong 24 giờ trước khi bị thương tích, Bệnh, Người được Bảo hiểm có sử dụng thức uống có cồn hay thuốc không? Có Không
During 24 hours before the Injury, did you drink any alcohol or take any drugs? Yes No

Nếu có, cho biết loại và liều lượng

5. Chi tiết nằm viện (Vui lòng đính kèm Giấy xuất viện và Hoá đơn viện phí)/
Details of hospitalization (Please attach Discharge Note & Hospital Bill):

Tên bệnh viện/ Name of hospital _____

Thời gian nằm viện / Period of hospitalization _____

Từ / From _____ đến / to _____

6. Các chi tiết về Thương tật tạm thời do các Thương tích ảnh hưởng đến công việc bình thường.
Details of Temporary Disability from engaging in or attending to your usual business as a result of the injuries.

Số ngày nghỉ ốm theo chỉ định bác sĩ / Medical leave: _____

Từ / From _____ đến / to _____

Tiền lương / Salary: _____

Phần (D): Số Tiền Yêu Cầu Bồi Thường (vui lòng đính kèm những báo cáo y tế liên quan và hóa đơn bản gốc để chứng thực những khoản chi phí) / **Section (D): Claim Amount** (Please attach the relevant medical report and original receipts/ invoices to certify the expenses)

Chi phí:
Items:

Số tiền bạn chi trả
Amount paid by you:

Số tiền từ các nguồn khác:
Amount from the other sources:

Phần (E): Bảo Hiểm Khác / Section (E): Any Other Insurances

Đã từng có bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm nào khác bồi thường cho những chi phí trên chưa?

Có Không

Are there any other Insurance Policies covering the expenses involved?

Yes No

Nếu có, vui lòng cung cấp những thông tin sau:
If yes, please provide the following information

Tên và Địa chỉ công ty bảo hiểm:
Name & Address of Insurance Company:

Loại bảo hiểm:
Type of Insurance:

Số Hợp đồng:
Policy Number:

Quyền lợi bảo hiểm:
Insurance Benefits

Ngày hiệu lực:
Effective Date

Thời hạn bảo hiểm:
Period of Insurance:

Phần (G): Thanh Toán / Section (G): Payment

Sau khi Chubb chấp nhận bồi thường, nếu bạn muốn nhận tiền bồi thường thông qua tài khoản ngân hàng, vui lòng cung cấp các thông tin sau:

Subject to Chubb's approval of this claim, should you wish to have the claim benefits transferred directly into a bank account, please provide the following detail:

Người thụ hưởng*/ The Beneficiary:

Tên ngân hàng/ Bank Name:

Địa chỉ ngân hàng/ Bank address:

Số tài khoản/ Account number:

TÔI ĐỒNG Ý RẰNG, / I AGREE THAT,

Tôi ủy quyền cho bất kỳ ai hay tổ chức nào cung cấp cho CHUBB thông tin cá nhân (bao gồm thông tin về sức khỏe) để CHUBB hoàn toàn có quyền căn cứ vào những thông tin liên quan ảnh hưởng đến việc thẩm định việc bồi thường hay hưởng quyền lợi bảo hiểm của tôi. I authorize any person or entity to provide CHUBB with such personal information (including Health information) as CHUBB in its absolute discretion considers relevant for its assessment of my claim or my entitlement to benefits.

Tôi sẽ cố gắng nỗ lực hỗ trợ và hợp tác với CHUBB trong việc thẩm định việc chi trả theo yêu cầu bồi thường của tôi. Tôi cam đoan rằng tất cả những thông tin cung cấp hoàn toàn đúng và chính xác và tôi không hề giữ lại bất kỳ thông tin nào có thể ảnh hưởng đến việc chấp nhận hay giải quyết bồi thường của tôi.

I will use my best endeavors and render all reasonable assistance and co-operation to CHUBB in the assessments of my claim. I confirm that all information provided is true and correct and that I will not withhold any information likely to affect the acceptance or handling of my claim.

Chữ ký của Người yêu cầu bồi thường / Signature of Claimant

Ngày / Date:

Chữ ký của Người Được Bảo Hiểm / Signature of Insured Person

Ngày / Date:

Policy Holder Confirmation

Duty (is it? Please check) authorized for and on behalf

Note

Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi hoặc đang trong tình trạng không thể đọc, xác nhận và ký vào Đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm du lịch này, chỉ cần chữ ký của Người yêu cầu bồi thường.

If the Insured Person is a Child under 18 years of age or in a state of being unable to read, declare and sign this claim form, only the Claimant's signature is required.

Nếu Người được bảo hiểm yêu cầu bồi thường cho chính mình, chỉ cần chữ ký của Người được bảo hiểm.

If the Insured Person is claiming on his own behalf, only the Insured Person's signature is required.

Quý khách có thể nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường thông qua Hệ thống Bồi thường Trực tuyến của Chubb: www.Chubbclaims.com.vn

You can submit claim online via Chubb Claim Centre: www.Chubbclaims.com.vn

Chubb Insurance Vietnam Co., Ltd.
Saigon Finance Center, 9 Dinh Tien Hoang St., 8/F,
DaKao Ward, Dist. 1, HCM City, Vietnam
O +84 (28) 3 910 7227
F +84 (28) 3 910 7228
www.chubb.com/vn

Chubb. Insured.SM