

**Personal Accident - Claim Form****Yêu cầu bồi thường tai nạn con người****Information of Policyholder/Thông tin chủ hợp đồng**

|                                |                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------|
| Policy No/Số hợp đồng bảo hiểm | Name of Policy holder/Tên chủ hợp đồng |
| <hr/>                          | <hr/>                                  |

**Insured Information/Thông tin chi tiết của người được bảo hiểm**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Name of Patient<br>Tên bệnh nhân                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Gender/Giới tính<br><input type="checkbox"/> Male/Nam<br><input type="checkbox"/> Female/Nữ | Date of Birth/Ngày tháng năm sinh<br><hr/> |
| ID/Passport No<br>Số CMND/ CCCD/ Hộ chiếu<br><hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Occupation<br>Nghề nghiệp<br><hr/>                                                          |                                            |
| Contact Telephone No. /Số điện thoại liên hệ<br><hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                | Email Address/Địa chỉ email<br><hr/>                                                        |                                            |
| Membership Card No./Số thẻ bảo hiểm<br><hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |                                            |
| Have You/ Insured currently been covered under any Health/Personal Accident/Life Insurance contract? (if YES, please list out the name of Insurers)<br>Hiện tại Anh/Chị/Người được bảo hiểm có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ nào khác không (nếu có, vui lòng liệt kê các công ty bảo hiểm đó).<br><hr/> |                                                                                             |                                            |

**Personal Accident - Claim Form**  
**Yêu cầu bồi thường tai nạn con người**

**Payment/Thanh toán**

|                                             |                                                    |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Bank transfer/Chuyển khoản<br><br>          | Cash/Tiền mặt<br><br>                              |
| Beneficiary/Người thụ hưởng<br><br>         | Beneficiary/Người thụ hưởng<br><br>                |
| Bank name/Tên ngân hàng<br><br>             | Passport/ID card No./Số hộ chiếu/CMND/CCCD<br><br> |
| Bank branch/Chi nhánh ngân hàng<br><br>     | Issued date/Ngày phát hành<br><br>                 |
| Address/Địa chỉ<br><br>                     | Issued place/Nơi phát hành<br><br>                 |
| VND bank account/Tài khoản bằng VND<br><br> | Expiry date (Ngày hết hạn)<br><br>                 |

**Particulars of Accident/Injury/Thông tin về tai nạn thương tật**

|                                                 |                                                      |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Date of Accident/Ngày tai nạn<br><br>           | Place of Accident/Nơi xảy ra tai nạn<br><br>         |
| Description of Accident/Miêu tả tai nạn<br><br> |                                                      |
| Treated at/Nơi điều trị<br><br>                 |                                                      |
| Total medical expenses/Chi phí y tế<br><br>     | Number of Days off-work/Số ngày nghỉ thực tế<br><br> |

## Personal Accident - Claim Form

### Yêu cầu bồi thường tai nạn con người

| Give details of medical expenses Chi tiết về các chi phí y tế    |                                                                       |                                           |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Date of bill or treatment/<br>Ngày trên hóa đơn hoặc<br>chữa trị | Expenses for which<br>reimbursement is<br>claimed<br>Nội dung chi trả | Currency & Amount paid<br>Số tiền chi trả | Settlement is to be paid<br>to whom<br>Người nhận số tiền bồi<br>thường |
|                                                                  |                                                                       |                                           |                                                                         |
|                                                                  |                                                                       |                                           |                                                                         |
|                                                                  |                                                                       |                                           |                                                                         |
|                                                                  |                                                                       |                                           |                                                                         |
|                                                                  |                                                                       |                                           |                                                                         |

Please provide the following/Xin vui lòng cung cấp các chứng từ sau

- Original medical bills and/or medical reports/memo from the doctor/board of medical expertises stating the nature and extent of the injury if you are treated  
Hóa đơn gốc / hoặc báo cáo y tế/ bản tóm tắt từ bác sĩ / hội đồng giám định y tế nêu rõ đặc điểm và mức độ của chấn thương nếu bạn được điều trị
- Original hospital final bill and inpatient discharge summary if you are hospitalised as a result of an accident.  
Hóa đơn gốc của bệnh viện và Bản tóm tắt bệnh án trong trường hợp người được bảo hiểm phải nhập viện do tai nạn.
- Death Certificate issued by medical expertise or other authorities if the insured dies as a result of the accident.  
Giấy chứng tử do Giám Định Y Khoa hay cơ quan có thẩm quyền cấp trong trường hợp người được bảo hiểm tử vong do tai nạn
- Document proving legal inheritance (where the Insured dies)  
Giấy thừa kế hợp pháp (trong trường hợp người được bảo hiểm tử vong)

**Nature of claim. I am making a claim for the following (please tick)**

**Mức độ yêu cầu bồi thường. Tôi yêu cầu bồi thường với loại sau (xin vui lòng đánh dấu)**

#### 1/Section A/Phần A

- ☐ Death/Chết
- ☐ Permanent Total Disablement/Tàn phế toàn bộ vĩnh viễn
- ☐ Permanent Partial Disablement/Tàn phế bộ phận vĩnh viễn

#### 2/Section B/Phần B

- ☐ Temporary Total Disablement/Tàn phế toàn bộ tạm thời
- ☐ Temporary Partial Disablement/Tàn phế bộ phận tạm thời

#### 3/Section C/Phần C

- ☐ Medical Expense/Chi phí y tế

## Personal Accident - Claim Form

### Yêu cầu bồi thường tai nạn con người

#### Other Insurance/Bảo hiểm khác

|                                                                                                                                                    |                                           |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Is there any other policy(ies) covering the Insured in respect of this accident?/Có bảo hiểm khác bảo hiểm cho Người được bảo hiểm về tai nạn này? | <b>Yes/Có</b><br><input type="checkbox"/> | <b>No/Không</b><br><input type="checkbox"/> |
| If Yes, please give details/Nếu Có, xin cho biết chi tiết<br><hr/>                                                                                 |                                           |                                             |
| Are you claiming against Social Insurance?/Bạn có yêu cầu Bảo Hiểm Xã Hội bồi thường không?                                                        | <b>Yes/Có</b><br><input type="checkbox"/> | <b>No/Không</b><br><input type="checkbox"/> |
| If Yes, please give details/Nếu Có, xin cho biết chi tiết<br><hr/>                                                                                 |                                           |                                             |

#### Declaration Cam đoan

I hereby declare that the above made statements and the attached Medical document including but not limited such as personal information, medical documents, medical history... are true and complete to the best of my knowledge and take responsibility for this truly information, and that I understand it is made for use as evidence for Chubb's claims process.

Tôi cam kết rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn YCBT và trong hồ sơ bồi thường bao gồm nhưng không giới hạn: thông tin cá nhân, hồ sơ bệnh án, thông tin khai báo bệnh sử ... được đính kèm là hoàn toàn đầy đủ, đúng sự thật và chịu toàn bộ trách nhiệm về tính chính xác của những thông tin này cũng như hiểu rằng đây sẽ là bằng chứng xác thực cho quá trình giải quyết bồi thường của Chubb.

I/We have carefully read, understood and agreed the insurance company is entitled to process My/Our data, which may include but not limited to basic and sensitive personal data, in accordance with its privacy policy posted at: <https://www.chubb.com/vn-en/footer/assurance-privacy-notice.html>; or accessed by QR code:

Tôi/Chúng tôi đã đọc kỹ, hiểu và đồng ý cho công ty bảo hiểm được quyền xử lý dữ liệu, có thể bao gồm cả dữ liệu cá nhân cơ bản và nhạy cảm, theo chính sách bảo mật thông tin/quyền riêng tư của công ty bảo hiểm được đăng tải tại: <https://www.chubb.com/vn-vn/footer/assurance-privacy-notice.html>, hoặc được truy cập bằng QR code:



I hereby authorize any employer, physician, hospital, insurance company or other organization or person who has any record or knowledge with reference to the accident, or the health and medical history of the patient, to give such information to Chubb Assurance Vietnam Limited. A photocopy of this authorization will be as valid as the original.

Tôi cho phép bất kỳ người sử dụng lao động, bác sĩ, bệnh viện, Công ty bảo hiểm, các tổ chức, cá nhân khác, những ai biết đến hoặc có ghi nhận lại tai nạn, sức khỏe hoặc bệnh án của bệnh nhân có thể cung cấp các thông tin như vậy cho Công ty TNHH Bảo Hiểm Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam. Bản sao của sự cho phép này cũng có giá trị ngang bản gốc.

By signing below, I consent that the personal information collected or held by Chubb Assurance Vietnam Limited (whether contained in this form or otherwise obtained) may be used by or disclosed to any individual or organization within or outside of Vietnam for the purposes of insurance or reinsurance related business including claims processing, investigation, account collection and litigation.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng các thông tin cá nhân được thu thập hoặc nắm giữ bởi Công ty BTNNH Bảo Hiểm Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam. (dù được khai báo trong mẫu đơn này hay có được bằng cách khác) sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào trong hoặc ngoài nước Việt Nam chỉ cho mục đích bảo hiểm hoặc các vấn đề liên quan tái bảo hiểm bao gồm giải quyết bồi thường, điều tra, sổ sách kế toán và kiện tụng, tranh chấp.

Date/Ngày

Signature of the Insured/Chữ ký của người được bảo hiểm