

CancerCash - Claim Form**Thông báo tổn thất và yêu cầu bồi thường bảo hiểm bệnh ung thư**

This form is issued without admission of liability and it must be completed and returned to us immediately, whether or not a claim is made.

Công ty TNHH Bảo Hiểm Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam ("Chubb") không thừa nhận bất cứ trách nhiệm bồi thường nào trong thông báo này, nó phải được điền đầy đủ thông tin và gửi về cho chúng tôi ngay khi có thể cho dù yêu cầu bồi thường có được chấp nhận hay không.

CLAIM NO. (Office use only)/Bồi thường số	Branch/Chi nhánh
Broker/Agent/Môi giới/Đại lý	Address/Địa chỉ

Insured/Policyholder Người được bảo hiểm

Policy No./Số Hợp đồng bảo hiểm		
Insurance Period/Thời hạn bảo hiểm	From/Từ:	To/Đến:
Name of Insured Tên Người được Bảo hiểm	Gender/Giới tính ☐ Male/Nam ☐ Female/Nữ	Birthday/Ngày sinh:
Contact Person/Tên người liên lạc	Contact Address/Địa chỉ liên lạc	
Phone number/Số điện thoại	Email Address/Địa chỉ email	

CancerCash - Claim Form

Thông báo tổn thất và yêu cầu bồi thường bảo hiểm bệnh ung thư

What's final diagnosis?/Chẩn đoán bệnh là gì

When did the symptom first appear?/Triệu chứng xuất hiện lần đầu tiên khi nào?

Have you been treated by other doctor(s) for similar or related illness in the past?/Bệnh đã được chữa trị trong quá khứ chưa?

Name/ address of facility where treatment rendered for above illness?/Tên địa chỉ nơi điều trị trước đây?

Does your family member with cancer history?/Tiền sử gia đình có người thân mắc bệnh ung thư không?

Have You/ Insured currently been covered under any Health/Personal Accident/Life Insurance contract? (if YES, please list out the name of Insurers)

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).

Method of reimbursement/Hình thức thanh toán

Bank transfer/Chuyển khoản

Cash/Tiền mặt

Beneficiary/Người thụ hưởng

Beneficiary/Người thụ hưởng

CancerCash - Claim Form

Thông báo tổn thất và yêu cầu bồi thường bảo hiểm bệnh ung thư

Bank name/Tên ngân hàng 	Passport/ID card No./Số hộ chiếu/CMND/CCCD
Bank branch/Chi nhánh ngân hàng 	Issued date/Ngày phát hành
Address/Địa chỉ 	Issued place/Nơi phát hành
VND bank account/Tài khoản bằng VND 	Expiry date (Ngày hết hạn)

Declaration

Cam đoan

I hearby declare that the above made statements and the attached Medical document including but no 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 TNHH 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.

Ngày

Chữ ký của người được bảo hiểm