

CLAIM FORM

(Giấy yêu cầu bồi thường)

Policyholder: (Chủ hợp đồng bảo hiểm)	Policy Card No: (Số thẻ bảo hiểm)
--	--------------------------------------

A. Personal information (Thông tin cá nhân)

Name of the claimant (Tên người được bảo hiểm):	Date of Birth (Ngày sinh):
Email:	Tel No (Điện thoại):

B. Payment (Thanh toán)

Total amount claimed (Chi phí y tế yêu cầu bồi thường):	Bank transfer (Chuyển Khoản) Account No(Số tài khoản): Bank name (Tên Ngân hàng): Bank address (Địa chỉ Ngân hàng): Beneficiary (Người thụ hưởng):
Date of visit or Date of accident (Ngày khám bệnh hoặc xảy ra tai nạn):	

I, claimant, hereby declare that the above information is correct to the best of my knowledge and belief.
(Tôi, với tư cách là người đòi bồi thường xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật)

I also understand that this declaration gives permission the insurer and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners. (Tôi cũng đồng ý rằng với giấy yêu cầu này, tôi cho phép Cty bảo hiểm và đại diện của họ tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sĩ đã và đang điều trị cho tôi).

I also ask the insurance company to pay my claim to the same account as the account information on the claim form. I take full responsibility before the law if there is any dispute about the right to enjoy this money (Tôi cũng đề nghị công ty bảo hiểm thanh toán tiền bồi thường cho tôi vào tài khoản như thông tin tài khoản trên giấy yêu cầu bồi thường. Tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này).

Date (ngày):
Signature, full name of the Insured
(Chữ kí & họ tên của NĐBH)