

**MSIG****MSIG Insurance (Vietnam) Company Limited**

Trụ sở chính – Văn phòng Hà Nội

Tầng 10, tòa nhà Corner Stone, số 16 Phan Chu Trinh,

phường Phan Chu Trinh, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội

Tel: (84-24) 3936 9200

Email: parcd@vn.msig-asia.com

Chi nhánh Hồ Chí Minh

Tầng 15, tòa nhà Hallmark

Số 15 Trần Bạch Đằng, Thủ Đức, Tp. Hồ Chí Minh

Tel: (84-28) 3821 9030

Website : www.msig.com.vn**THÔNG BÁO TỔN THẤT VÀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG
CHĂM SÓC SỨC KHỎE VÀ BẢO HIỂM TAI NẠN
HEALTHCARE AND PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM****Những điều cần lưu ý (Procedures and Notes):**

1. Việc điền đầy đủ và sớm gửi Thông báo và Yêu cầu Bồi thường này cùng với hồ sơ bồi thường sẽ giúp Công ty bảo hiểm kịp thời có hướng dẫn tiếp theo để xác định trách nhiệm bảo hiểm và đề xuất bồi thường dựa vào các điều kiện và điều khoản của Đơn bảo hiểm.

(That the Claim Form is fully filled in and sent early to MSIG is to timely support clients on collecting documents so that the claims can be verified and settled in accordance with the terms and condition of the Policy).

2. Các Chứng từ và Hóa đơn Y tế phải có họ tên đầy đủ của người bệnh, ngày điều trị, chẩn đoán và xác nhận của Bác sĩ điều trị cùng với bằng chứng xác thực như dấu / chữ ký hoặc chữ ký điện tử ...vv của Cơ sở Y tế.

(All medical documents and invoices must be fully filled in with name of the Insured, treatment date, diagnosis and confirmation of attending doctors with verification evidence of medical providers, e.g. stamp/ signature or e-signature)

3. Ngoài các chứng từ được liệt kê dưới đây, MSIG có thể yêu cầu các thông tin/ bằng chứng khác, nếu cần. Chi phí để có được các chứng từ, thông tin và bằng chứng y tế theo yêu cầu của chúng tôi sẽ do Người khiếu nại tự chi trả

(Beside the supporting documents as listed below, MSIG may request further information/evidence. All medical reports, information and evidence as required by us shall be furnished at the Claimant's own expenses)

Thông tin Hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm Information of Policy and the Insured			
Chủ Hợp đồng Bảo hiểm (Policy Holder)			
Số Hợp đồng Bảo hiểm (*) (Policy Number)		Thời hạn Bảo hiểm (Insurance Period)	
Người được Bảo hiểm (*) (Full Name of the Insured)			
Ngày / tháng / năm sinh (Date of Birth)		Số CMT / CCCD / Hộ chiếu (*) (ID Card/ Passport)	
Địa chỉ email (*) (Email Address)		Số điện thoại (*) (Mobile Phone)	
Thông tin ngân hàng (Bank Transfer)	Người thụ hưởng (*): (Beneficiary)		
	Số tài khoản (*): (Account Number)		
	Tên ngân hàng, chi nhánh (*): (Bank Name and Branch)		

Ghi chú: (*) là các thông tin bắt buộc phải điền/ (*) is mandatory information.

Nội dung yêu cầu bồi thường (Claims Request)	
Quyền lợi bảo hiểm (Benefits)	Chứng từ đi kèm - Bản gốc hoặc bản chụp màu rõ nội dung (Supporting documents – Original or coloured scan/ photos)
<input type="checkbox"/> Tử vong/ Death Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Kết luận điều tra của Công an hoặc cơ quan chức năng khác (Accident Report of Police or other local authorities) <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử/ Death Certificate <input type="checkbox"/> Chứng từ thừa kế hợp pháp/ Legal Inheritance Certificate <input type="checkbox"/> Hồ sơ y tế, Tóm tắt bệnh án...trong trường hợp nhập viện trước khi tử vong/ Medical documents, Medical summary...in case of medical treatment before death
<input type="checkbox"/> Thương tật vĩnh viễn/ Permanent Disability Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Kết quả giám định của Hội đồng giám định y khoa (Permanent Certificated issued by Medical Examination Council) <input type="checkbox"/> Hồ sơ y tế; Tóm tắt bệnh án (trường hợp điều trị nội trú) Medical documents; Medical summary (in case of inpatient treatment)
<input type="checkbox"/> Chi phí y tế điều trị ngoại trú. (Outpatient Treatment Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Tất cả chứng từ y tế bản gốc có liên quan bao gồm Hóa đơn tài chính kèm bảng kê chi tiết viện phí, Sổ khám chữa bệnh, Chỉ định và Kết quả xét nghiệm, Hóa đơn thuốc, Đơn thuốc. (All medical documents relating to the treatment, including but not limited to legal invoices and detailed list of services, medical reports, doctor's recommendation and testing results, prescription)
<input type="checkbox"/> Chi phí y tế điều trị nội trú (Inpatient Treatment Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Giấy ra viện, Hóa đơn tài chính kèm bảng kê chi tiết viện phí, Giấy chứng nhận phẫu thuật, đơn thuốc ra viện (Discharge Form, legal invoices and detailed list of services/ breakdown, Surgery notes, post-hospitalization prescription)
<input type="checkbox"/> Chi phí y tế chăm sóc thai sản (Maternity care Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Giấy ra viện, Bảng kê chi tiết viện phí, Giấy chứng nhận phẫu thuật, Giấy chứng sinh (Discharge Form, legal invoices and detailed list of services/ breakdown, Surgery notes, Birth Certificate)
<input type="checkbox"/> Chi phí y tế chăm sóc nha khoa (Dental Care Expenses) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Hóa đơn tài chính, Bảng kê chi tiết chi phí, hồ sơ điều trị răng, phim chụp XQuang (nếu có) (Legal invoices, list of services/ breakdown, Dental Treatment Plan, Xray film, if any) <input type="checkbox"/> Bản Tường trình tai nạn (trường hợp gãy răng) Accident Report (in case of broken tooth)
<input type="checkbox"/> Trợ cấp nằm viện (Allowances) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Giấy ra viện, Bảng kê chi tiết viện phí và/ hoặc giấy chứng nhận phẫu thuật Discharge Note, breakdown of medical expenses and/ or Surgery Note

Thông tin Tai nạn và Chứng từ yêu cầu bồi thường (Personal Accident and Claims Documents)	
Loại hình tai nạn (Type of Accident)	Chứng từ đi kèm - Bản gốc hoặc bản chụp màu rõ nội dung (Supporting documents – Original or coloured scan/ photos)
<input type="checkbox"/> Tai nạn giao thông/ Traffic Accident	<input type="checkbox"/> Giấy phép lái xe/ Driving license <input type="checkbox"/> Bản Tường trình tai nạn có xác nhận của Công ty (nếu là KH doanh nghiệp)/ Accident report verified by Company (in case of Corporate Policy) <input type="checkbox"/> Báo cáo/ Kết luận điều tra của CSGT / CSĐT (Police's Report)
<input type="checkbox"/> Tai nạn sinh hoạt/ 24h Accident	<input type="checkbox"/> Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Công ty (nếu là KH doanh nghiệp) hoặc chính quyền địa phương (Accident report verified by Company (in case of Corporate Policy) or local authority)
<input type="checkbox"/> Tai nạn lao động/ Labour Accident	<input type="checkbox"/> Báo cáo tai nạn lao động của Công ty, hoặc/ Labour Accident Report by Company, Or <input type="checkbox"/> Bản tường trình tai nạn có xác nhận của Công ty (nếu là KH doanh nghiệp) (Accident report verified by Company (in case of Corporate Policy))

Thông tin yêu cầu khai báo khác (Other information)	
Quý khách có yêu cầu bồi thường với công ty Bảo hiểm nào khác cho việc chữa trị này không (*)? Are you making any compensation claim with other Insurers as a result of this treatment?	<input type="checkbox"/> Không/ No <input type="checkbox"/> Có/ Yes Công ty bảo hiểm đó là (Name of other Insurers):
Nếu câu trả lời cho mục trên là có, vui lòng nêu rõ quyền lợi Quý Khách được bồi thường là gì (*)? If yes, please specify the benefit that you will be paid for	<input type="checkbox"/> Chi phí y tế/ Medical Expenses <input type="checkbox"/> Trợ cấp/ Allowance
Quý khách đã trải qua quá trình điều trị nào cho tình trạng bệnh tương tự trước khi tham gia bảo hiểm tại MSIG không (*)? Have you had any prior treatment(s) for the same condition before	<input type="checkbox"/> Không/ No <input type="checkbox"/> Có/ Yes Thời gian điều trị/Treatment time: Tại Bệnh viện/Hospital:

**Cam kết và Ủy quyền (Vui lòng đọc kỹ thông tin và xác nhận)
Declaration & Authorization (Please read carefully and confirm)**

1. Chúng tôi cam đoan những thông tin kê khai trên đây là đúng sự thực. Trong trường hợp được yêu cầu, chúng tôi đồng ý sẽ thực hiện các yêu cầu của MSIG, ví dụ như cấp Giấy ủy quyền cho người đại diện của MSIG, gửi Báo cáo Tai nạn có xác thực của cơ quan chức năng ...vv theo luật định để xác minh các thông tin đã kê khai và các chứng từ đã cung cấp.

(We declare that the above information is in all respect true and complete to the best to the best of our knowledge and belief. It is agreed that upon request by MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd. I/We shall make a statutory declaration, e.g. Power of Authority to representative of MSIG, Accident Report of local authorities and others as requested by law to reaffirm the genuineness of all information contained in the claim form).

2. Chúng tôi cam kết đã và sẽ không yêu cầu bồi thường khoản **chi phí y tế** tương tự ở bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác. Trường hợp phát hiện thanh toán trùng, chúng tôi xin hoàn trả đầy đủ khoản tiền mà MSIG đã thanh toán.

(I commit that I do not claim any other insurers for the same **medical expenses**. In case the same medical expenses is paid by other insurers, I commit to refund full amount that I was paid by MSIG).

3. Tôi, người yêu cầu bồi thường ký dưới đây, đồng ý cho các bên có liên quan cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm Phi nhân thọ MSIG Việt Nam hoặc đại diện của Công ty bất cứ thông tin nào có liên quan đến bệnh sử và thương tật có sẵn cũng như các thương tật do tai nạn đã được nêu trên đây. Bản copy của Ủy quyền này có hiệu lực và giá trị như một bản gốc.

(I, the undersigned claimant, hereby authorize any party concerned to disclose to MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd. or its representative any and all information with respect to my medical history regarding illness or injury and my claimed loss/damage under the above Section(s). A photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original).

4. Tôi, người yêu cầu bồi thường ký dưới đây, đồng ý để Công ty TNHH Bảo hiểm Phi nhân thọ MSIG Việt Nam cung cấp toàn bộ thông tin liên quan đến yêu cầu bồi thường này cho Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc đại diện theo ủy quyền của Chủ hợp đồng để xử lý cho mục đích quản lý và tái tục hợp đồng bảo hiểm. Tôi hiểu, đồng ý và chấp thuận rằng các thông tin được cung cấp nêu tại mục này có thể bao gồm dữ liệu cá nhân nhạy cảm.

(I, the undersigned claimant, hereby consent to MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd to provide all information related to this claim request to Policy Holder and its authorized representative to process for Policy control and renewal. I understand, agree, and accept that the information provided in this section may include sensitive personal data.)

5. Tôi/Chúng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với Điều khoản về Chính sách bảo vệ dữ liệu cá nhân của MSIG Việt Nam tại <https://www.msig.com.vn/vi/chinh-sach-bao-mat>.

I/We have read, understood and consent to the Personal Data Protection Policy Clause of MSIG attached in this website <https://www.msig.com.vn/en/privacy-policy>.

.....

Người được Bảo hiểm ký và ghi rõ họ tên
The Insured (Signature and Full Name)

Ngày/ Date:

====o0o=====

Email nhận hồ sơ giải quyết trực tuyến: tuvanhosohn@insmart.com.vn

Địa chỉ nhận chứng từ bản gốc:

Công ty Cổ phần INSMART- Đơn vị giải quyết bồi thường do MSIG ủy quyền

Tầng 25, Tòa Nhà Ngọc Khánh Plaza, Số 1 Phạm Huy Thông, Quận Ba Đình, Hà Nội

Call Center: 1900 636 760 – Hotline (BLVP): (84) 949 438 558

ĐT: (84)-24-730 99990 Fax: (84)-24-3772 8110 Website: www.insmart.com.vn

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Independence – Freedom - Happiness

BẢN TƯỜNG TRÌNH TAI NẠN/ ACCIDENT REPORT

Kính gửi: CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ MSIG VIỆT NAM

To: MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd.

Tên tôi là/ Full Name:

Năm sinh/ Date of Birth:

Số CMND/ ID/ Passport Number:

Tôi xin trình bày một việc như sau/ Description of accident:

(Nội dung gợi ý: bao gồm giờ ngày tháng năm xảy ra tai nạn, tình huống tai nạn, địa điểm xảy ra tai nạn, quá trình điều trị...)

(Suggested content: date and time of accident, place of accident, detail description of accident, treatment history...)

Vậy tôi làm bản tường trình này, và gửi hồ sơ khám bệnh, hoá đơn thanh toán tại các cơ sở y tế trên, kính mong đơn vị Bảo hiểm xem xét, giải quyết bồi thường cho tôi.

I attached herewith my medical documents and invoices for the incurred expenses at abovementioned medical providers. Please help review and settle my claim.

Tôi xin chịu trách nhiệm về tính xác thực của những điều đã nêu ở trên.

I am responsible for the truth of above declaration.

Xin chân thành cảm ơn!

Your faithful,

Xác nhận của đơn vị làm việc/ hoặc Chính quyền địa phương

....., ngày.....tháng.....năm.....

Verification of Company or local authorities

....., date.....month.....year.....

Người làm đơn/ Claimant

Ký ghi rõ họ tên/ Sign and Full name

Lưu ý: Vui lòng hoàn thiện bản tường trình tai nạn này trong trường hợp tai nạn như đã hướng dẫn ở trên. Trường hợp không phải tai nạn, vui lòng bỏ qua mẫu này.

(Note: In case of accident, please complete the Accident Report as per abovementioned instructions. In case of illness, diseases, the report is not requested).