

CLAIM NOTE AND DISCHARGE FORM
PHIẾU XÁC NHẬN BỒI THƯỜNG VÀ MIỄN TRÁCH NHIỆM

Messrs. MSIG Insurance (Vietnam) Co. Ltd
Kính gửi Công ty TNHH Bảo hiểm Phi nhân thọ MSIG Việt Nam

Date:
DD/MM/YYYY

Dear Sirs, / Thưa Quý công ty,

We are sending you herewith our claim note for the under-mentioned with the request that you will be kind enough to make settlement of the claim at the earliest date, and oblige.

Chúng tôi xin gửi tới Quý công ty bản xác nhận của chúng tôi cho những chi phí được đề cập dưới đây với yêu cầu rằng Quý công ty sẽ giải quyết bồi thường nhanh nhất và đúng theo nghĩa vụ.

We hereby confirm our acceptance and receipt of the sum as **final and full** settlement and discharge from any liability for arising thereof.

Chúng tôi xác nhận đồng ý với số tiền bồi thường dưới đây là **lần cuối cùng và đầy đủ** cũng như miễn toàn bộ trách nhiệm pháp lý của công ty cho sự kiện bảo hiểm đã nêu.

We also commit that we do not claim any other insurers for the same medical expenses.

Chúng tôi cũng cam kết rằng chúng tôi không yêu cầu bồi thường từ bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác cho cùng khoản chi phí y tế đã phát sinh.

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>.

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-ve>.

Yours faithfully, / Trân trọng,

Policy Holder:

Chủ hợp đồng:

Signature/Chữ kí : _____
Name/Họ và tên : _____

(With title and company chop)
(Cùng dấu công ty và dấu chức danh)

Date/ Ngày : _____

The Claimant:

Người yêu cầu BT:

Signature/Chữ kí : _____
Name/Họ và tên : _____

Claim ID /P400 No.	:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	/ XXXXXXX)
Policy No./ Số hợp đồng	:	XXXXXXXXXX WCI- WORKERS' COMPENSATION	
Policy Holder/ Chủ hợp đồng	:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
The Claimant/ Người yêu cầu BT	:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Date of accident/ Ngày tai nạn	:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Description of accident/ Mô tả TN	:	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	

CALCULATION / BẢNG TÍNH

1	Medical Expenses/Chi phí y tế	VND	XXXX
2	Allowance during treatment/Trợ cấp nghỉ lao động	VND	XXXX
3	Permanent Disability/Trợ cấp thương tật vĩnh viễn	VND	XXXX
Payable Amount/Tổng chi trả		VND	XXXX

(In words: Vietnam Dong\$ XXXX)

Remarks: Please arrange remittance for the above amount to the following account.

Lưu ý: Vui lòng chuyển khoản số tiền trên vào tài khoản sau.

Name of Bank/Branch/Ngân hàng, chi nhánh	Bank Account Details/Chi tiết tài khoản ngân hàng
Bank:/Ngân hàng:	Account No:/Tài khoản:
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Beneficiary/Người thụ hưởng
	CÔNG TY XXXXXXXXXXXXXXXX