

**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 Cửa Nam, Hà Nội
Tel: (84-24) 3936 9200
Email: parcd@vn.msiga.com

Chi nhánh Hồ Chí Minh
Tầng 15, tòa nhà The Hallmark
Số 15 Trần Bạch Đằng, phường An Khánh, Tp. Hồ Chí Minh
Tel: (84-28) 3821 9030
Website : www.msiga.com.vn

GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM DU LỊCH TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

Quý khách vui lòng đọc kỹ và điền đầy đủ thông tin
Please read carefully and fill in all the information below

Thông tin Người được bảo hiểm/ <i>Information of Insured</i>			
Số hợp đồng bảo hiểm <i>Policy Number</i>		Thời hạn bảo hiểm <i>Insurance Period</i>	
Chủ Hợp đồng bảo hiểm <i>Policyholder</i>			
Tên Người được bảo hiểm <i>Name of the Insured</i>			
Số CMT/ CCCD/ Hộ chiếu <i>ID/ Passport Number</i>		Số điện thoại <i>Phone Number</i>	
Địa chỉ email <i>Email Address</i>			
Thông tin ngân hàng <i>Bank Transfer</i>	Người thụ hưởng: <i>Beneficiary:</i>		
	Số tài khoản: <i>Account Number:</i>		
	Tên ngân hàng, chi nhánh: <i>Bank, Branch</i>		

Thông tin về sự cố/ <i>Information of the incident</i>	
Ngày xảy ra/ <i>Date of incident:</i>	Địa điểm xảy ra sự cố/ <i>Place of incident:</i>
Nguyên nhân xảy ra sự cố (vui lòng cung cấp thông tin chi tiết về chuyến bay gặp sự cố; việc mất hành lý; triệu chứng/nguyên nhân dẫn đến việc thăm khám, chẩn đoán của bác sĩ...) <i>Cause of the incident (please provide detailed information on the affected flight; baggage loss; symptoms/causes leading to medical examination and diagnosis by a doctor, etc.):</i>	

Số tiền yêu cầu bồi thường <i>Claim amount</i>	
Chứng từ cần cung cấp (Bản scan màu/ chụp màu rõ nội dung) <i>Supporting documents – Coloured scan/ photos</i>	Vui lòng tham khảo Quy tắc bảo hiểm để biết về các chứng từ cần cung cấp cho từng loại quyền lợi (Trang 8 – 13 Quy tắc bảo hiểm du lịch) <i>Please refer to the Policy Wording for the required supporting documents for each type of benefit (Page 6 to 12 of Travel Insurance Policy Wording)</i>

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

Cam kết và Ủy quyền / *Declaration & Authorization*

1. Tôi/Chúng tôi cam đoan mọi thông tin kê khai là trung thực, đầy đủ; đồng ý thực hiện các yêu cầu của MSIG để xác minh thông tin đã kê khai và chứng từ đã cung cấp. Tôi/Chúng tôi cam kết không yêu cầu bồi thường các chi phí y tế tương tự tại bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác, và sẽ hoàn trả toàn bộ số tiền MSIG đã chi trả nếu phát sinh thanh toán trùng. (I/ We declare that all information provided is true and complete; agree to comply with MSIG's requests to verify the declared information and submitted documents. We also undertake not to claim the same medical expenses with any other insurers and will fully refund any amount paid by MSIG in the event of duplicate claims payment.)

2. Tôi, người yêu cầu bồi thường ký dưới đây, đồng ý cho MSIG, Bác sĩ, Bệnh viện, Công an hoặc bất cứ bên liên quan nào được phép cung cấp thông tin cá nhân hoặc thông tin liên quan đến bệnh sử và thương tật có sẵn cũng như các thương tật do tai nạn đã được nêu trên đây nhằm phục vụ cho việc giải quyết bồi thường. Bản copy của Ủy quyền này có hiệu lực và giá trị như một bản gốc. (I, the undersigned claimant, hereby authorize MSIG, Doctors, Medical facilities, Police or any relevant parties to disclose my personal information or information with respect to my medical history and my claimed loss/damage under the above Section(s) for the purpose of claim assessment. A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original).

3. 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: