



QBE Insurance (Vietnam) Co., Ltd.

**PARTICULARS OF WORKER'S COMPENSATION ACCIDENT
TO BE FURNISHED BY THE EMPLOYER
NHỮNG CHI TIẾT VỀ TAI NẠN LAO ĐỘNG PHẢI DO CHỦ LAO ĐỘNG CUNG CẤP**

N.B. BOTH CLAIM FORM AND DOCTOR'S CERTIFICATE TO BE COMPLETED AND RETURNED IMMEDIATELY
Lưu ý: Tờ khai khiếu nại này và giấy chứng nhận của bác sĩ phải được điền đầy đủ và gửi về công ty bảo hiểm ngay

Answering these questions does not imply that the injured worker is making, or will make, a claim, and this form is sent without prejudice to the terms and conditions of Policy.

Việc trả lời các câu hỏi này không có nghĩa là Người Được Bảo Hiểm đang hoặc sẽ khiếu nại và việc gửi tờ khai này không ảnh hưởng tới các điều khoản và điều kiện của Đơn Bảo Hiểm.

NOTE: If any detail of information is not readily available, please do not delay dispatch of this form while awaiting further advice. All written communications should be forwarded to the company.

GHI CHÚ: Nếu Người Được Bảo Hiểm chưa có đủ thông tin, xin đừng chậm trễ gửi tờ khai này trong khi chờ những chỉ dẫn khác. Tất cả những thư từ liên lạc phải được gửi về Công Ty Bảo Hiểm.

THE CLIENT/ KHÁCH HÀNG

Name : Family Name (individual) or Company Name (corporate):
Họ (nếu là cá nhân) hoặc Tên công ty (nếu là pháp nhân)

First Name (if individual)/ Tên (nếu là cá nhân):

Policy Number/ Số đơn bảo hiểm: **Reference:**
Số tham chiếu

THE EMPLOYER/ CHỦ LAO ĐỘNG

(to be completed if different than Client)
(chỉ điền vào khi Chủ Lao Động không phải là Khách Hàng)

Name : Family Name (individual) or Company Name (corporate):
Họ (nếu là cá nhân) hoặc Tên công ty (nếu là pháp nhân)

First Name (if individual)/ Tên (nếu là cá nhân):

Type of business/trade:
Loại hình sản xuất/ kinh doanh

Address/ Địa chỉ:

Phone Number/ Số điện thoại:

THE INJURED WORKER/ NẠN NHÂN

1- **Family Name / Họ :**

2- **First Name/ Tên:**

3- **Nationality/Quốc tịch:** **Age/ Tuổi:** **Sex/Giới tính:**

4- **Identity/Passport No/ Số CMND/ Hộ chiếu:**

5- **Local address/ Địa chỉ thường trú:**

.....

6- State **occupation** in which the injured worker is employed/ Nêu rõ công việc nạn nhân làm:

.....

.....

7- State normal **working hours/ Giờ làm việc:**

.....

8- Was the injured worker engaged in this occupation when the accident occurred?

Nạn nhân có đang làm công việc này khi xảy ra tai nạn không? ()YES/Có ()NO/Không

► **If NO**, was she/he engaged in another occupation ?/ **Nếu không**, nạn nhân có đang làm công việc khác không?

()YES/ Có ® State the exact nature of work /Xin mô tả công việc :

.....

()NO/ Không ® Was she/he on the way from or to work ?/ Nạn nhân có đang trên đường đến nơi làm việc hoặc trở về nhà không? ()YES/Có ()NO/Không

9- Is the injured worker **in your direct employ**?

Nạn nhân có phải là nhân viên trực tiếp của công ty không? ()YES/ Có ()NO/ Không ► **If NO**, state carefully/Nếu không, xin nêu rõ :

a) Name of the Contractor/ Tên Chủ Thầu:

b) Address of the Contractor/ Địa chỉ của Chủ Thầu:

.....

c) Name & Address of Contractor's Insurers/ Tên và Địa chỉ Công Ty Bảo Hiểm của Chủ Thầu:.....

.....

.....

10- When did the injured worker enter your service?

Thời điểm nạn nhân bắt đầu làm việc cho công ty

11- Did the worker suffer from any physical defect previous to the accident?

Nạn nhân có bị khiếm khuyết về thể trạng trước khi xảy ra tai nạn không? () YES/Có () NO/Không

► If YES, give details/ Nếu có, xin cho biết chi tiết:

12- Has the worker ever received compensation for a previous disability?

Nạn nhân có từng nhận bồi thường cho thương tật trước đây không? () YES/Có () NO/Không

► If YES, give details/ Nếu có, xin cho biết chi tiết:

13- Did the worker feel pain immediately? Where?

Nạn nhân có cảm thấy đau ngay lập tức không? Ở đâu?

14- On what date did the injured worker cease work?/ Khi nào nạn nhân ngưng làm việc?

15- Has the injured worker returned to work?/ Nạn nhân đã trở lại làm việc chưa? () YES/Có () NO/Không

► If YES, give the date/ Nếu có, xin nêu rõ ngày:

16- Has the injured worker been medically examined?/ Nạn nhân đã đi kiểm tra sức khỏe chưa? () YES/Có () NO/Không

► If YES, please attached report to this form/ Nếu có, xin vui lòng đính kèm bằng báo cáo theo đơn này

17- Has the injured worker been taken to a hospital?/ nạn nhân có được đưa đến bệnh viện không? () YES/Có () NO/ Không

► If YES, give the following information/ Nếu có, xin cho biết các thông tin sau:

a) Name and address of hospital/ Tên và địa chỉ của bệnh viện:

b) State if/ Nêu rõ: () In-patient / Bệnh nhân nội trú () out-patient/ Bệnh nhân ngoại trú

► If IN-PATIENT, is she/he still in the hospital ?/ Nếu là bệnh nhân nội trú, nạn nhân có còn nằm viện không? () Yes/Có () NO/Không

® If NO, give the date when was she/he discharged :

Nếu không, xin cho biết ngày nạn nhân xuất viện

THE ACCIDENT/ TAI NẠN

18- When and where did the accident occurred?

Thời gian và địa điểm xảy ra tai nạn?

Date:

Ngày

Time:

Giờ

Place/ Địa điểm:

19- Upon what date did you receive notice of accident and from whom? **If in writing**, please attach to this form.
Thời điểm công ty nhận được thông báo về tai nạn và nhận từ ai? Nếu thông báo bằng văn bản, xin vui lòng đính kèm theo đơn này

20- Description of accident/ Mô tả tai nạn:

.....

.....

.....

21-Details of injuries caused by this accident/ Chi tiết về thương tật do tai nạn gây ra:

.....

22- Was the injured worker guilty of any misconduct or disobedience to orders or rules?
Nạn nhân có phạm lỗi hoặc không tuân theo những chỉ dẫn hoặc điều lệ không? ()YES/ Có ()NO/ Không

► **If YES**, please give full particulars/Nếu có, xin cho biết đầy đủ chi tiết:

.....

.....

23- Was the injured worker under the influence of drink or drugs at the time of the accident?
Nạn nhân có bị ảnh hưởng của nước uống hoặc thuốc tại thời điểm xảy ra tai nạn không? ()YES/ Có ()NO/ Không

24- Was the accident caused by **Third Parties** ? / Tai nạn có phải do bên thứ ba gây ra không? ()YES/ Có ()NO/ Không
► **If YES**, state their name and address/ Nếu có, xin cho biết tên và địa chỉ:

.....

.....

.....

.....

25- Names and addresses of witnesses (if any) / Tên và địa chỉ của người làm chứng (nếu có):

.....

.....

.....

.....

INSURANCE/ BẢO HIỂM

26- Are you claiming under any other insurance? ()Yes ()NO ► **If YES**, please give particulars:
Công ty có đang đòi bồi thường theo các đơn bảo hiểm khác không? () Có () Không ► Nếu có, xin vui lòng cho biết chi tiết:

.....

27- Are you claiming against Social Insurance? / Anh/Chị có đang đòi tiền Bảo Hiểm Xã Hội không? ()YES/Có ()NO/Không
▶ If YES please give particulars/ Nếu có, xin nêu rõ:

28- In case of the Insurer accepted your claim, please provide us the Bank account which you want the Insurer transfer the indemnity to you:

Trong trường hợp công ty bảo hiểm chấp nhận bồi thường cho bạn, xin vui lòng cung cấp tên ngân hàng và số tài khoản ngân Hàng cho chúng tôi chuyển khoản vào tài khoản bạn đã chọn.

Beneficiary Name:

Tên người thụ hưởng:

Bank name:

Tên ngân hàng:

Bank Account Number:

Tài khoản ngân hàng số:

Bank Address:

Địa chỉ của ngân hàng - chi nhánh

I Hereby declare that the above replies are correct to the best of my knowledge and belief.

Tôi cam đoan những thông tin trên là đúng.

Date :

Ngày :

Signature of Employer :

Chữ ký của Người Sử Dụng Lao Động:

Company's stamp

Đóng dấu

PLEASE COMPLETE NEXT PAGE

XIN VUI LÒNG ĐIỀN CẢ TRANG SAU

