

**QBE Insurance (Vietnam) Co., Ltd.**

5BPERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

### 0BdĐƠN KHIẾU NẠI BẢO HIỂM TAI NẠN CON NGƯỜI

**The issue of this form is not to be taken as an admission of liability**

**(Việc cấp tờ khai này không có nghĩa là công ty bảo hiểm đã chấp nhận bồi thường)**

**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

**NOTE:** In the event of the Insured being unable to write on account of disablement, this form should be filled up and signed by her/his spouse, or some responsible person acting for the Insured for the time being.

Ghi chú: Trong trường hợp người được bảo hiểm không thể kê khai vì lí do sức khỏe thì chồng/vợ, hoặc đại diện của người được bảo hiểm có thể điền và ký tên vào tờ khai này.

##### INSURED (Policy holder)/ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Company Name (corporate)**:**

Tên công ty (nếu là pháp nhân)

**Address/** Địa chỉ:

**Phone Number:**

số điện thoại

**Policy number:**   **Reference:**

Số Đơn Bảo Hiểm Số tham chiếu

##### CLAIMANT/NGƯỜI KHIẾU NẠI

**Family Name /** Họ:

**First Name** / Tên:  **Sex /** Giới tính:

**Age /** Tuổi:  **Occupation /** Nghề nghiệp:

**Address/** Địa chỉ:

**Hand phone number:**  **Email address**:

Số ĐTDĐ: Địa chỉ email:

**ACCIDENT / TAI NẠN**

**1- When and where did the accident occur?** Date: Time:

6B Thời gian và địa điểm xảy ra tai nạn? Ngày Giờ

Place /Địa điểm:

**2- State exactly how accident occurred / tình huống xảy ra tai nạn:**

**3- Names and addresses of witnesses/ tên và địa chỉ của người làm chứng:**

**4- Particulars of injuries caused by this accident/ chi tiết về thương tật do tai nạn gây ra:**

**5- Have you sustained similar injuries previously /** Bạn đã từng bị tai nạn tương tự như vậy khơng? ( )YES/CÓ ( )NO/KHÔNG

► **If YES**, please give details/Nếu có, xin miêu tả chi tiết:

**6-** a) Name and address of **Doctor in attendance and Name of hospital/** Tên và địa chỉ của bác sĩ điều trị và bệnh viện**:**

b)Name and address of **your usual Doctor (if different) / Tên và địa chỉ của bác sĩ riêng (nếu có):**

##### 4BINSURANCE / BẢO HIỂM

Are you claiming under any other insurance? / Anh/Chị có đang đòi tiền từ đơn bảo hiểm nào khác hay không? ( )YES/CÓ ( )NO/KHÔNG

► **If YES** please give particulars/ Nếu có, xin nêu rõ:

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:

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

Trong trường hợp công ty bảo hiểm chấp nhận bồi thường cho bạn, xin vui lòng cung cấp thông tin chi tiết tài khoản ngân ngân hàng như sau:

Beneficiary Name:

Tên người thụ hưởng:

Bank name:

Tên ngân hàng:

Bank Account Number:

Số tài khoản:

Bank Address:

Địa chỉ của ngân hàng – chi nhánh:

I Hereby declare that the foregoing particulars to be true and correct.

Tôi cam đoan những thơng tin trên là đúng sự thật.

PLEASE PROVIDE THE INFORMATION AS BELOW

XIN VUI LÒNG CUNG CẤP CÁC THÔNG TIN SAU

**1/Medical expense:**

**(Chi phí y tế)**

Declare detail of medical expense for treatment as following:

(Khai báo chi tiết các chi phí y tế được chi trả như sau)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date**  **(Ngày)** | **Invoice No**  **(Số hóa đơn)** | **Description**  **(Tên chứng từ)** | **Amount**  **(Số tiền)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| TOTAL  (Tổng cộng) |  |  |  |

**2/ Loss of salary during medical treatment:**

**(Trợ cấp mất giảm thu nhập trong thời gian điều trị)**

Amount claimed for weekly benefit: x days = (VND)

(Số tiền yêu cầu bồi thường quyền lợi trợ cấp tuần: mức lương mỗi ngày x số ngày nghỉ ốm)

[Note: The object of this form is to ascertain the **exact monthly earning** of the injured worker. It is essential that it should be carefully and correctly filled in. If the injured worker has been absent from work at **any time** during the period of his employment, please state the **period** and the **cause.**]

[Lưu ý: Mục đích của tờ khai này là xác định chính xác thu nhập hàng tháng của người được bảo hiểm. Do đó, tờ khai này phải được điền cẩn thận và chính xác. Nếu người được bảo hiểm nghỉ ở bất cứ thời điểm nào trong quá trình làm việc, xin vui lòng nêu rõ thời gian và lý do]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MONTH**  **(Tháng)** | **WAGE**  **TIỀN LƯƠNG** | **OTHER FIX WAGE ALLOWANCES (If any)**  **(Các khoản trợ cấp cố định – nếu có)** | **TOTAL**  **(wage + allowances)**  **TỔNG CỘNG**  **(Lương + Trợ cấp)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| TOTAL (Tổng Cộng) |  |  |  |

Date: Signature of Policy Holder:

Ngày Chữ ký của Chủ hợp đồng

(ghi rõ họ tên, chức vụ)

Company’s stamp

Đóng dấu

Signature of employee/claimant

Chữ kí của Người Lao Động/khiếu nại

**Personal Information Collection Statement ("PICS")**

In relation to the personal data collected by [QBE Insurance (Vietnam) Pte. Ltd. (“QBE VN”), I/we agree and acknowledge that:

1. the personal data requested is necessary for QBE VN to process your application for insurance or claim and any such data not provided may mean this application or claim cannot be processed;
2. the personal data collected in this form may be used by QBE VN for the purposes stated in its Privacy Policy found at [https://www.qbe.com/vn/privacy-policy]. These include underwriting and administering the insurance policy being applied for (including obtaining reinsurance, underwriting renewals, claim processing, investigation, payment and subrogation and any related purposes)
3. QBE VN may transfer the personal data to the following classes of persons (whether based in Vietnam or overseas) for the purposes identified in (b) above:
   1. third parties providing services related to the administration of my/our policy (including reinsurance);
   2. financial institutions for the purpose of processing this application and obtaining policy payments;
   3. in the event of a claim, loss adjustors, assessors, third party administrators, emergency providers, legal services providers, retailers, medical providers and travel carriers;
   4. another member of the QBE group (for all of the purposes stated in (b)) in any country; or
   5. other parties referred to in QBE’ Privacy Policy for the purposes stated therein;
4. I/we may gain access to, or request correction of my/our personal data (in both cases, subject to a reasonable fee), via the following contact:

QBE Insurance (Vietnam) Company Limited

Unit 1302A, Metropolitan Tower,

235 Dong Khoi Street,

Ho Chi Minh City Vietnam

Telephone: +84 28 6287 5544,

Fax: 028 3824 5054

1. Email: [info.viet@qbe.com](mailto:info.viet@qbe.com) that where I/we are providing personal data on behalf of another person to QBE VN, I/we have obtained consent from the other person who have agreed that their personal data will be released to QBE VN in accordance with paragraphs(a), (b) and (c) above.

**Head office: Branch office:**

Unit 1302A, 13/F The Metropolitan Unit 416, 4/F, CornerStone Building

235 Dong Khoi Street 16 Phan Chu Trinh Street

District 1, Ho Chi Minh City Hoan Kiem District, Hanoi

Vietnam Vietnam

Tel: (84-28) 6287 5544 Tel: (84-24) 6270 4222