



ace insurance

ACE Insurance Co., Ltd.
Saigon Finance Center
9 Dinh Tien Hoang Street, 8/F
Da Kao Ward, District 1
Ho Chi Minh City, Vietnam
+84 8 3910-7227 *tel*
+84 8 3910-7228 *fax*
www.aceinsurance.com.vn

Công Ty TNHH Bảo Hiểm ACE
Trung Tâm Tài Chính Sài Gòn
9 Đinh Tiên Hoàng, Tầng 8
Phường Đa Kao, Quận 1
TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
+84 8 3910-7227 *đt*
+84 8 3910-7228 *fax*
www.aceinsurance.com.vn

COMPREHENSIVE PERSONAL ACCIDENT INSURANCE 24H/WORLDWIDE CLAIM FORM

ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM TAI NẠN TOÀN DIỆN 24H/TOÀN CẦU

The acceptance of this Form is NOT an admission of liability on the part of the Company.

Việc tiếp nhận Đơn này không có nghĩa là chấp nhận trách nhiệm của công ty.

Policy number: Số Hợp đồng:	Period of Insurance: Thời hạn bảo hiểm:
Name of Policy Holder Tên của Bên mua bảo hiểm	

SECTION (A): PARTICULARS OF INSURED PERSON AND CLAIMANT PHẦN (A): THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM		
Name & Postal address of Insured Person: (Tên và Địa chỉ của Người được bảo hiểm)	Date of birth: Ngày sinh:	Sex: () Male () Female Giới tính: () Nam () Nữ
	ID/Passport (Number, Date of issuance, Issuing body): CMND/Hộ chiếu (Số, Ngày cấp, Cơ quan cấp):	Occupation: Nghề nghiệp
	Telephone N ^o : Điện thoại	Date of Employment: Ngày bắt đầu làm việc
	E-Mail Address: Địa chỉ email	
Name & Address of Claimant* : Tên và địa chỉ của người yêu cầu bồi thường	Relationship with Insured Person: Quan hệ với Người được bảo hiểm:	
	Date of birth: Ngày sinh:	ID/Passport (Number, Date of issuance, Issuing body): CMND/ Hộ chiếu (Số, Ngày cấp, Cơ quan cấp):
	E-Mail address: Địa chỉ email:	Telephone number: Số điện thoại:
<p>* Claimant shall include the Policyholder, the Insured Person, the beneficiary or the legal representative of the Insured Person, as the case may be.</p> <p>Người yêu cầu bồi thường bao gồm Bên mua bảo hiểm, Người được bảo hiểm, người thụ hưởng hoặc người đại diện theo pháp luật của Người được bảo hiểm, tùy từng trường hợp.</p>		



ace insurance

SECTION (B): PARTICULARS OF LOSS/ OCCURRENCE PHẦN (B): THÔNG TIN VỀ TỖN THẤT/ DIỄN BIẾN SỰ VIỆC		
Please explain exactly on how the accident occurred: Vui lòng mô tả chính xác diễn biến xảy ra tai nạn:	Place of Accident occurrence: Địa điểm xảy ra tai nạn	
	Time of occurrence: Thời gian xảy ra tai nạn:	
	On when and by whom was the loss discovered: Thời điểm và người phát hiện tổn thất	Relationship: Quan hệ:
	Name & Postal address of any witness of the incident: Tên và Địa chỉ của nhân chứng	ID/Passport (Number, Date of issuance, Issuing body): CMND/Hộ chiếu (Số, Ngày cấp, Cơ quan cấp):
	Date of birth: Ngày sinh:	
	Telephone number: Điện thoại:	
SECTION (C): NATURE OF INJURY PHẦN (C): TÌNH TRẠNG THƯƠNG TÍCH		
1. Describe in details the injuries sustained, indicating the part of the body injured and the type of injury (e.g., Fracture, cut, bruise, etc.) Miêu tả chi tiết thương tích, ghi rõ thương tích ở phần nào của cơ thể và loại tổn thương (ví dụ: gãy xương, vết đứt, vết bầm,...)		
2. Diagnosis of conditions and Cause of Injury: Chẩn đoán tình trạng và nguyên nhân của thương tích		
3. Name and Address of doctor(s) who treated you and consultation date(s). Tên và Địa chỉ của (các) bác sĩ chữa trị và ngày khám		
4. During 24 hours before the Injury, did you drink any alcohol or take any drugs? Trong 24 giờ trước khi bị thương tích, Bệnh, Người được Bảo hiểm có sử dụng thức uống có cồn hay thuốc không? Có Yes () / Không No () If yes, State types& quantities Nếu có, cho biết loại và liều lượng		
5. Details of hospitalization (Please attach Discharge Note & Hospital Bill): Chi tiết nằm viện (Vui lòng đính kèm Giấy xuất viện và Hoá đơn viện phí)		
Name of hospital: Tên bệnh viện	Period of hospitalization: Thời gian nằm viện From / Từ _____ To/ Đến _____	



ace insurance

6. Details of Permanent Disablement, Loss of Sight, etc as a result of the injuries.
Các chi tiết về Thương tật vĩnh viễn, Mất thị giác do các Thương tích gây ra.

SECTION (D): CLAIM AMOUNT

PHẦN (C): SỐ TIỀN YÊU CẦU BÒI THƯỜNG

Please attach the relevant medical report and original receipts/ invoices to certify the expenses

Vui lòng đính kèm những báo cáo y tế liên quan và hóa đơn bản gốc để chứng thực những khoản chi phí

Items Chi phí	Amount paid by you Số tiền bạn chi trả	Amount from the other sources Số tiền từ các nguồn khác

SECTION (E): ANY OTHER INSURANCES

PHẦN (E): BẢO HIỂM KHÁC

Are there any other Insurance Policies covering the expenses involved? Yes () No ()

Đã từng có bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm nào khác bồi thường cho những chi phí trên chưa? Có () Không ()

If yes, please provide the following information:

Nếu có, vui lòng cung cấp những thông tin sau:

Name & Address of Insurance Company: Tên và Địa chỉ công ty bảo hiểm:	Type of Insurance: Loại bảo hiểm:	Policy Number: Số Hợp đồng:	Insurance Benefits Quyền lợi bảo hiểm:	Effective Date: Ngày hiệu lực:	Period of Insurance: Thời hạn bảo hiểm:

SECTION (F): PAYMENT

PHẦN (F): THANH TOÁN

Subject to ACE's approval of this claim, should you wish to have the claim benefits transferred directly into a bank account, please provide the following detail:

Sau khi ACE chấp nhận bồi thường, nếu bạn muốn nhận tiền bồi thường thông qua tài khoản ngân hàng, vui lòng cung cấp các thông tin sau:

The Beneficiary*

Người thụ hưởng*:

Bank Name:

Tên ngân hàng:

Account number:

Số tài khoản:

Bank address:

Địa chỉ ngân hàng:

* The beneficiary should be the Insured or his/ her heir .

Người thụ hưởng phải là Người được bảo hiểm hoặc Người thừa kế hợp pháp của Người được bảo hiểm.



ace insurance

I AGREE THAT,
TÔI ĐỒNG Ý RẰNG,

I authorize any person or entity to provide ACE with such personal information (including Health information) as ACE in its absolute discretion considers relevant for its assessment of my claim or my entitlement to benefits.

Tôi ủy quyền cho bất kỳ ai hay tổ chức nào cung cấp cho ACE thông tin cá nhân (bao gồm thông tin về sức khỏe) để ACE hoàn toàn có quyền căn cứ vào những thông tin liên quan ảnh hưởng đến việc thẩm định việc bồi thường hay hưởng quyền lợi bảo hiểm của tôi.

I will use my best endeavors and render all reasonable assistance and co-operation to ACE in the assessments of my claim. I confirm that all information provided is true and correct and that I will not withhold any information likely to affect the acceptance or handling of my claim.

Tôi sẽ cố gắng nỗ lực hỗ trợ và hợp tác với ACE trong việc thẩm định việc chi trả theo yêu cầu bồi thường của tôi. Tôi cam đoan rằng tất cả những thông tin cung cấp hoàn toàn đúng và chính xác và tôi không hề giữ lại bất kỳ thông tin nào có thể ảnh hưởng đến việc chấp nhận hay giải quyết bồi thường của tôi.

Date
Ngày

Date
Ngày

Signature of the Insured
Chữ ký của Người được bảo hiểm

Signature of Claimant
Chữ ký của Người yêu cầu bồi thường

Note:

If the Insured Person is claiming on his own behalf, only the Insured Person's signature is required.

Nếu Người được bảo hiểm yêu cầu bồi thường cho chính mình, chỉ cần chữ ký của Người được bảo hiểm.

If the Insured Person is a Child under 18 years of age or in a state of being unable to read, declare and sign this claim form, only the Claimant's signature is required.

Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi hoặc đang trong tình trạng không thể đọc, xác nhận và ký vào Đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm này, chỉ cần chữ ký của Người yêu cầu bồi thường.