

|  |
| --- |
| **CLAIM FORM**  ***(Giấy đề nghị bồi thường)*** |
| Please send your claim document to / Vui lòng gửi hồ sơ chứng từ về:  **ATHENA GLOBAL CONSULTING LTD,**  C10, 5A street, Him Lam new urban area, Tan Hung ward, District 7, HCMC  Tel.: (+84) 028 7300 5379 - Hotline: 1900.7072 |

|  |  |
| --- | --- |
| **The Policyholder / *ĐƠN VỊ ĐƯỢC BẢO HIỂM:*** | |
| Name of Claimant:  *Tên người đề nghị bồi thường* | Insurance Card No.:  *Số thẻ bảo hiểm:* |
| Email:  *Địa chỉ email:* | Contact Phone No:  *Điện thoại liên hệ*: |

**PLEASE COMPLETE RELEVANTLY *(Vui lòng điền thông tin thích hợp):***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **HEALTH *(BỆNH TẬT)*** |
| Date of treatment: Treated at:  *Ngày điều trị bệnh*: *Nơi điều trị*:  Diagnosis:  *Triệu chứng / Bệnh cần điều trị*: | |
|  | **ACCIDENT *(TAI NẠN)*** |
| Date of accident: Treated at:  *Ngày tai nạn:* .................................................................................. *Nơi điều trị*: ..........................................................................................................  Cause of accident / Description of accident:  *Nguyên nhân / Mô tả tai nạn:* ......................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................................................................................. | |

**CLAIM DOCUMENTS *(Chứng từ bồi thường đính kèm)*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **CLAIMS *(Phần đề nghị bồi thường)*** | **ENCLOSED DOCUMENTS *(Chứng từ đính kèm)*** |
| 1. Medical Expenses *(Chi phí y tế)* | * Prescriptions *(Đơn thuốc)* * Medical report *(Sổ khám bệnh)* * Hospital discharge form *(Giấy ra viện)* * Surgery report *(Phiếu mổ)* * Others *(Những chứng từ y tế khác)*:   …………………………………………………. |
| 1 ………………………………….VND………………. |
| 2...................................................VND ....................... . |
| 3...................................................VND ....................... . |
| 4 ..................................................VND ....................... . |
| 5 TOTAL: VND |
| 2. Number of Days off-work  (*Số ngày nghỉ việc thực tế):……… ngày* | * Doctor’s Confinement Prescription or Social Insurance leave form   *(Đề nghị cho nghỉ của bác sỹ điều trị, giấy nghỉ hưởng BHXH)*   * Attendance card *(Bảng chấm công)* |
| 3. Death or Permenant Disablement (*Tử vong, Thương tật vĩnh viễn)* | * Death Certificate *(Giấy chứng tử)* * Permanent Disability Certificate *(Giấy chứng thương)* |
| PAYMENT *(Phương thức thanh toán):* | **Traffic Accidents *(Tai nạn giao thông):*** |
|  |  Vehicle Registration card *(Giấy đăng ký xe)* |
|  |  Driving license *(Bằng lái xe nếu xe trên 50cc)* |
| Người thụ hưởng: |  Police report *(Biên bản công an)* |
| Số tài khoản. : |  |
| Ngân hàng: Chi nhánh: |  |

I hereby declare that the above information is correct to the best of my knowledge and belief.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | TT *(Chuyển khoản)* |  | Cash *(Tiền mặt)* |

*(Tôi xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật)*

I also understand that this declaration gives permission the insurer and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners.

*(Tôi cũng đồng ý rằng với giấy đề nghị này, tôi cho phép Cty bảo hiểm và đại diện của họ tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sỹ đã và đang điều trị cho tôi*.)

Signature of the Claimant

*(Chữ kí và tên của người đòi bồi thường)*

*Date (ngày):* ------- --------------