

Bảo Hiểm Du Lịch Toàn Cầu

Worldwide Travel Protection Plan

Việc tiếp nhận Đơn này không có nghĩa là chấp nhận trách nhiệm của Công ty.
The acceptance of this Form is NOT an admission of liability on the part of the Company.

CHUBB®

Mẫu Đơn yêu cầu bồi thường

Claim Form

Insured Details

Số Hợp đồng:
Policy number:

Thời hạn Bảo hiểm:
Period of Insurance:

Tên Bên mua bảo hiểm:
Name of Policyholder:

Phần (A): Thông Tin Về Người Được Bảo Hiểm Và Người Yêu Cầu Bồi Thường
Section (A): Particulars Of Insured Person And Claimant

Tên và Địa chỉ hộp thư của Người được bảo hiểm:
Name & Postal Address of Insured Person:

Ngày sinh: : / /
Date of Birth

CMND/Hộ chiếu (Số, Ngày cấp, Cơ quan cấp):
ID/Passport (Number, Date of issuance, Issuing body):

Địa chỉ email:
E-Mail address:

Số điện thoại:
Telephone number:

Chi tiết thẻ Ngân hàng / Details of Bank card

Số thẻ (Card No) Ngày hết hạn (Date of expiry)

Chi tiết chi phí vận chuyển chi trả bằng thẻ Ngân hàng

Details of Transportation costs charged to Bank Cards

Số tiền chi trả:

Payment amount

Ngày thực hiện giao dịch:

Transaction date:

_____/_____/_____

Tên và địa chỉ hộp thư của Người yêu cầu bồi thường:

Name & Postal Address of Claimant:

Quan hệ với Người được bảo hiểm:

Relationship with Insured Person:

Ngày sinh:

Date of birth:

CMND/ Hộ chiếu(Số/ ngày / cơ quan cấp)

ID/Passport (Number,Date of issuance,Issuing boby)

Địa chỉ Email:

EMail Address:

Số điện thoại:

Telephone number:

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.

(*) Claimant shall include the Policyholder, the Insured Person, the beneficiary or the legal representative of the Insured Person, as the case may be.

Phần (B): Thông Tin Về Tổn Thất/ Diễn Biến Sự Việc - Section (B): Particulars Of Loss/ Occurrence

Mô tả chính xác diễn biến tổn thất:

Explain exactly on how did the loss occur:

Nơi xảy ra tổn thất:

Place of loss:

Ngày và thời gian xảy ra tổn thất:

Date and time of loss occurrence:

Thời điểm và người phát hiện tổn thất:

When and by whom was the loss discovered:

Tên và Địa chỉ của Nhân chứng:

Name & Address of any Witnesses:

CMND/ Hộ chiếu (Số, Ngày cấp, Cơ quan cấp):

ID/Passport (Number, Date of issuance, Issuing boby):

Phần (C): Tai Nạn Cá Nhân Khi Đi Du Lịch (Vui lòng đính kèm các tài liệu hỗ trợ, ví dụ các giấy biên nhận y tế gốc, biên bản tai nạn, Biên bản của Cảnh sát, Giấy chứng tử và/hoặc tài liệu có liên quan)

Section (C): Travel Trip Personal Accident (Please attach supporting documents, e.g. original medical receipts, accident report, Police report, Death Certificate and/or relevant documents)

Quý khách có tiền sử bệnh hoặc những thương tật do bệnh đó gây ra không? Có Không
Have you ever suffered similar medical condition or is this medical condition related to a previous injury? Yes No

Nếu có, vui lòng cho biết ngày và tình trạng thương tật hoặc điều kiện chữa trị trước đây và tên & địa chỉ của bác sĩ điều trị:
If yes, please specify dates & circumstances of similar medical condition or previous injury and name & address of the doctor concerned:

Trong vòng 24 giờ trước khi bị thương tích, Bệnh, Người được Bảo hiểm có sử dụng thức uống có cồn hay thuốc không? Có Không
During 24 hours before the Injury, did the Insured drink any alcohol or take any drugs? Yes No

Nếu có, vui lòng cho biết loại và số lượng
If yes, please states type and quantities

Số tiền Quý khách đã trả:
Amount Paid By You: _____

Số tiền thu được từ nguồn khác:
Amount recovered from other sources: _____

Số tiền yêu cầu bồi thường:
Amount claimed: _____

Phần (D): Chuyến Bay Bị Hoãn/ Lỡ Nối Chuyến (Vui lòng đính kèm văn bản của Bên vận chuyển/ Hãng hàng không và thẻ lên máy bay)

Section (D): Flight Delay/ Missed Connecting Flight (Please attach letter from Carrier/Airlines and Boarding Pass)

Các chi tiết về chuyến bay ban đầu: *Original Flight Details*

Ngày:
Date: _____

Giờ
Time: _____

Nơi đi:
Place of Departure: _____

Nơi đến:
Place of Arrival: _____

Chuyến bay số
Flight number: _____

Hãng hàng không:
Name of Airline: _____

Các chi tiết về chuyến bay thay thế / Replaced Flight Details

Ngày:
Date: _____

Giờ
Time: _____

Nơi đi:
Place of Departure: _____

Nơi đến:
Place of Arrival: _____

Chuyến bay số
Flight number: _____

Hãng hàng không:
Name of Airline: _____

Chi phí phát sinh từ thẻ Ngân hàng
Bank Vietnam charges incurred _____

Số tiền yêu cầu bồi thường:
Claim Amount _____

Ngày giao dịch:
Transaction date _____

Phần (E): Hành Lý Đến Chậm / Thất Lạc Hành Lý (Vui lòng cung cấp biên bản bên vận chuyển/ Hãng hàng không và các hóa đơn mua hàng bản gốc)

Section (E): Baggage Delayed / Lost (Please furnish relevant report from Carrier/Airlines and original purchase receipts)

Nhận hành lý đến chậm / Collection Of Delayed Baggage

Ngày:
Date: _____

Giờ
Time: _____

Nơi nhận:
Place of collection: _____

Cung cấp chi tiết của số tiền yêu cầu bồi thường / Give details of amount claimed:

Mô tả:
Description Of Item _____

Nơi và thời gian mua:
When And Where Purchased _____

Số tiền thu được từ nguồn khác:
Amount recovered from other sources: _____

Số tiền yêu cầu bồi thường:
Amount claimed: _____

Phần (F): Bảo Hiểm Khác / Section (F): Any Other Insurances

Có bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực nào chi trả cho Quý khách đối với sự kiện này?
Are there any other Policies of insurance in force covering you in respect of this event?

Có Không
 Yes No

Nếu có, vui lòng ghi rõ thông tin dưới đây:
If yes, please specify below:

Tên và địa chỉ của (các) công ty Bảo hiểm
Name & Address Of Insurance Company(S)

Số Hợp đồng bảo hiểm:
Policy Number

Ngày giao dịch:
Transaction date

(Vui lòng sử dụng bản đính kèm nếu cần thiết)/ (Please use supplementary sheet if necessary)

Phần (G): Quá Trình Yêu Cầu Bồi Thường Trước Đây / Section (G): Claims History

Bạn hay bất kỳ Người được bảo hiểm nào đã từng yêu cầu bảo hiểm trước đây theo hợp đồng bảo hiểm du lịch chưa?
Have you or any Insured Person previously made a claim under a travel policy?

Có Không
 Yes No

Nếu có, vui lòng ghi rõ thông tin dưới đây:
If yes, please specify below:

Ngày và diễn biến và điều kiện của sự việc tương tự
Date & Circumstances Of Similar Condition & Recurrence

Tên công ty bảo hiểm có liên quan:
Name Of Insurance Company(S) Involved

Section (H): Payment / Phần (H): Thanh Toán

Sau khi Chubb 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:

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

Người thụ hưởng*/ The Beneficiary:

Tên ngân hàng/ Bank Name:

Địa chỉ ngân hàng/ Bank address:

Số tài khoản/ Account number:

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

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

* Tôi/Chúng tôi xin cam đoan rằng tất cả những chi tiết trên đúng sự thật và chính xác về mọi khía cạnh và;

I/We do solemnly and sincerely declare that the foregoing particulars are true and correct in every detail and;

* Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng nếu tôi/chúng tôi đã và sẽ cung cấp những thông tin giả mạo, không trung thực hay che giấu thì Hợp đồng sẽ vô hiệu và tôi/chúng tôi sẽ mất tất cả các quyền được yêu cầu bồi thường bảo hiểm theo Hợp đồng liên

I/We agree that if I/ We have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statements of suppress conceal or falsely state any material fact whatsoever the Policy shall be void and all rights to recover thereunder in respect of past or future claims shall be forfeited.

* Tôi/Chúng tôi theo đây ủy quyền cho bất cứ bác sĩ điều trị nào, những người nào khác đã tham gia chữa trị hay khám bệnh cho tôi, cung cấp cho Công ty, hay đại diện được ủy quyền của Công ty, bất kỳ và tất cả thông tin liên quan đến bệnh, thương tật bệnh sử, kết quả khám bệnh, toa thuốc hay quá trình điều trị, và các chứng từ y tế hay viện phí. Bản sao của Đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm du lịch này có hiệu lực và giá trị như bản gốc

I/We hereby authorize any hospital physician, other person who has attended or examined me, to furnish to the Company, or its Authorized Representatives, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photo-static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Chữ ký của Người yêu cầu bồi thường / Signature of Claimant

Ngày / Date:

Chữ ký của Người Được Bảo Hiểm / Signature of Insured Person

Ngày / Date:

Note

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 du lịch này, chỉ cần chữ ký của Người yêu cầu bồi thường.

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

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

Chubb Insurance Vietnam Co., Ltd.
Saigon Finance Center, 9 Dinh Tien Hoang St., 8/F,
DaKao Ward, Dist. 1, HCM City, Vietnam
O +84 (8) 3 910 7227
F +84 (8) 3 910 7228

www.chubb.com/vn

Chubb. Insured.SM