

**MSIG****MSIG Insurance (Vietnam) Company Limited**

**Trụ sở chính – Văn phòng Hà Nội**  
 Tầng 10, tòa nhà Corner Stone, số 16 Phan Chu Trinh,  
 phường Phan Chu Trinh, quận Hoàn Kiếm, Hà Nội  
 Tel: (84-24) 3936 9200  
 Email: [parcd@vn.msig-asia.com](mailto:parcd@vn.msig-asia.com)

**Chi nhánh Hồ Chí Minh**  
 Tầng 15, tòa nhà Hallmark  
 Số 15 Trần Bạch Đằng, Thủ Đức, Tp. Hồ Chí Minh  
 Tel: (84-28) 3821 9030  
 Website : [www.msig.com.vn](http://www.msig.com.vn)

## THÔNG BÁO TỔN THẤT VÀ YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM DU LỊCH TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

**Những điều cần lưu ý (Procedures and Notes):**

- Việc điền đầy đủ và sớm gửi Thông báo và Yêu cầu Bồi thường này cùng với hồ sơ bồi thường sẽ giúp Công ty bảo hiểm kịp thời có hướng dẫn tiếp theo để xác định trách nhiệm bảo hiểm và đề xuất bồi thường dựa vào các điều kiện và điều khoản của Đơn bảo hiểm.

(That the Claim Form is fully filled in and sent early to MSIG is to timely support clients on collecting documents so that the claims can be verified and settled in accordance with the terms and condition of the Policy).

- Các Chứng từ và Hóa đơn Y tế phải có họ tên đầy đủ của người bệnh, ngày điều trị, chẩn đoán và xác nhận của Bác sĩ điều trị cùng với bằng chứng xác thực như dấu / chữ ký hoặc chữ ký điện tử ...vv của Cơ sở Y tế.

(All medical documents and invoices must be fully filled in with name of the Insured, treatment date, diagnosis and confirmation of attending doctors with verification evidence of medical providers, e.g. stamp/ signature or e-signature)

- Ngoài các chứng từ được liệt kê dưới đây, MSIG có thể yêu cầu các thông tin/ bằng chứng khác, nếu cần. Chi phí để có được các chứng từ, thông tin và bằng chứng y tế theo yêu cầu của chúng tôi sẽ do Người khiếu nại tự chi trả

(Beside the supporting documents as listed below, MSIG may request further information/evidence. All medical reports, information and evidence as required by us shall be furnished at the Claimant's own expenses)

<b>Hợp đồng bảo hiểm và Người được bảo hiểm</b> <b>Information of Policy and the Insured</b>			
Số hợp đồng bảo hiểm (*) Policy Number		Thời hạn bảo hiểm Insurance Period	
Chủ Hợp đồng bảo hiểm Policy Holder			
Tên Người được bảo hiểm (*) Name of the Insured			
Số CMT/ CCCD/ Hộ chiếu (*) ID/ Passport Number		Số điện thoại (*) Phone Number	
Địa chỉ email (*) Email Address			
Thông tin ngân hàng (*) Bank Transfer	Người thụ hưởng: Beneficiary		
	Số tài khoản: Account Number:		
	Tên ngân hàng, chi nhánh: Bank, Branch		

Ghi chú: (\*) là các thông tin bắt buộc phải điền/ (\*) is mandatory information

<b>Nội dung yêu cầu bồi thường (Claims Request)</b>	
<b>Quyền lợi bảo hiểm (Benefits)</b>	<b>Chứng từ đi kèm - Bản gốc hoặc bản chụp màu rõ nội dung (Supporting documents – Original or coloured scan/ photos)</b>
<input type="checkbox"/> Tử vong/ Thương tật vĩnh viễn Death/ Permanent Disability  Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Kết luận điều tra của Công an hoặc cơ quan chức năng khác (Accident Report of Police or other local authorities) <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử/ Death Certificate <input type="checkbox"/> Chứng từ thừa kế hợp pháp/ Legal Inheritance Certificate <input type="checkbox"/> Biên bản giám định của HĐGD Y khoa (Certificate of permanent disability issued by Medical Examiner Board) <input type="checkbox"/> Hồ sơ y tế, Tóm tắt bệnh án...trong trường hợp nhập viện trước khi tử vong/ Medical documents, medical summary...in case of medical treatment before death
<input type="checkbox"/> Chi phí điều trị y tế (Medical Treatment Expenses)  Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Tất cả chứng từ y tế bản gốc có liên quan bao gồm Hóa đơn tài chính kèm bảng kê chi tiết viện phí, Sổ khám chữa bệnh, Chỉ định và Kết quả xét nghiệm, Hóa đơn thuốc, Đơn thuốc. (All medical documents relating to the treatment, including but not limited to legal invoices and detailed list of services, medical reports, doctor's recommendation and testing results, prescription)
<input type="checkbox"/> Chi phí liên quan đến hành lý, đồ đạc cá nhân (Expenses for baggage and personal effects)  Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Xác nhận của hãng vận chuyển hoặc cảnh sát địa phương về việc hành lý, đồ đạc bị tổn thất, mất trộm, mất cắp (Confirmation Letter of carriers or local police about the accident caused the damage or thief, robbery)
<input type="checkbox"/> Chi phí liên quan đến chuyến bay (Expenses for flight delay or others)  Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Xác nhận của hãng bay về nguyên nhân và tình trạng chuyến bay (Confirmation Letter of carriers about the reason and condition of the flight)
<input type="checkbox"/> Chi phí liên quan trách nhiệm cá nhân (Expenses for personal liability)  Số tiền YCBT: (Claim Amount)	<input type="checkbox"/> Xác nhận của cảnh sát địa phương về vụ việc (Confirmation Letter of local police about the incident) <input type="checkbox"/> Hóa đơn tài chính, Bảng kê chi tiết chi phí phát sinh và các chứng từ đi kèm. (Legal invoices, list of services/ breakdown for incurred expenses and other supporting documents)
<input type="checkbox"/> Yêu cầu bồi thường khác (Other claim requests) Số tiền YCBT: (Claim Amount)	Tham khảo hướng dẫn chứng từ bồi thường trong quy tắc bảo hiểm đính kèm hợp đồng (Please refer to the claim guideline in the wordings attached to the Policy)

<b>Thông tin yêu cầu khai báo khác (Other information)</b>	
Quý khách có yêu cầu bồi thường với công ty Bảo hiểm nào khác cho việc chữa trị này không (*)?  Are you making any compensation claim with other Insurers as a result of this treatment?	<input type="checkbox"/> Không/ No  <input type="checkbox"/> Có/ Yes Công ty bảo hiểm đó là (Name of other Insurers):
Nếu câu trả lời cho mục trên là có, vui lòng nêu rõ quyền lợi Quý Khách được bồi thường là gì (*)?  If yes, please specify the benefit that you will be paid for	<input type="checkbox"/> Chi phí y tế/ Medical Expenses  <input type="checkbox"/> Trợ cấp/ Allowance

Quý khách đã trải qua quá trình điều trị nào cho tình trạng bệnh tương tự trước khi tham gia bảo hiểm tại MSIG không (*)?	<input type="checkbox"/> Không/ No <input type="checkbox"/> Có/ Yes Thời gian điều trị/Treatment time:
Have you had any prior treatment(s) for the same condition before	Tại Bệnh viện/Hospital:

**Cam kết và Ủy quyền (Vui lòng đọc kỹ thông tin và xác nhận)**  
**Declaration & Authorization (Please read carefully and confirm)**

1.  Chúng tôi cam đoan những thông tin kê khai trên đây là đúng sự thực. Trong trường hợp được yêu cầu, chúng tôi đồng ý sẽ thực hiện các yêu cầu của MSIG, ví dụ như cấp Giấy ủy quyền cho người đại diện của MSIG, gửi Báo cáo Tai nạn có xác thực của cơ quan chức năng ...vv theo luật định để xác minh các thông tin đã kê khai và các chứng từ đã cung cấp. (We declare that the above information is in all respect true and complete to the best to the best of our knowledge and belief. It is agreed that upon request by MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd. I/We shall make a statutory declaration, e.g. Power of Authority to representative of MSIG, Accident Report of local authorities and others as requested by law to reaffirm the genuineness of all information contained in the claim form).
2.  Chúng tôi cam kết đã và sẽ không yêu cầu bồi thường khoản **chi phí y tế** tương tự ở bất kỳ công ty bảo hiểm nào khác. Trường hợp phát hiện thanh toán trùng, chúng tôi xin hoàn trả đầy đủ khoản tiền mà MSIG đã thanh toán. (I commit that I do not claim any other insurers for the same **medical expenses**. In case the same medical expenses is paid by other insurers, I commit to refund full amount that I was paid by MSIG).
3.  Tôi, người yêu cầu bồi thường ký dưới đây, đồng ý cho các bên có liên quan cung cấp cho Công ty TNHH Bảo hiểm Phi nhân thọ MSIG Việt Nam hoặc đại diện của Công ty bất cứ thông tin nào có liên quan đến bệnh sử và thương tật có sẵn cũng như các thương tật do tai nạn đã được nêu trên đây. Bản copy của Ủy quyền này có hiệu lực và giá trị như một bản gốc. (I, the undersigned claimant, hereby authorize any party concerned to disclose to MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd. or its representative any and all information with respect to my medical history regarding illness or injury and my claimed loss/damage under the above Section(s). A photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original).
4.  Tôi, người yêu cầu bồi thường ký dưới đây, đồng ý để Công ty TNHH Bảo hiểm Phi nhân thọ MSIG Việt Nam cung cấp toàn bộ thông tin liên quan đến yêu cầu bồi thường này cho Chủ hợp đồng bảo hiểm và/hoặc đại diện theo ủy quyền của Chủ hợp đồng để xử lý cho mục đích quản lý và tái tục hợp đồng bảo hiểm. Tôi hiểu, đồng ý và chấp thuận rằng các thông tin được cung cấp nêu tại mục này có thể bao gồm dữ liệu cá nhân nhạy cảm. (I, the undersigned claimant, hereby consent to MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd to provide all information related to this claim request to Policy Holder and its authorized representative to process for Policy control and renewal. I understand, agree, and accept that the information provided in this section may include sensitive personal data.)
5.  Tôi/Chúng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với Điều khoản về Chính sách bảo vệ dữ liệu cá nhân của MSIG Việt Nam tại <https://www.msig.com.vn/vi/chinh-sach-bao-mat>. I/We have read, understood and consent to the Personal Data Protection Policy Clause of MSIG attached in this website <https://www.msig.com.vn/en/privacy-policy>.

.....

.....

Chủ Hợp đồng Bảo hiểm ký và ghi rõ họ tên  
The Policy Holder (Signature and Full Name)

Người được Bảo hiểm ký và ghi rõ họ tên  
The Insured (Signature and Full Name)

Ngày/ Date:

Ngày/ Date:

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM**  
**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**  
**Independence – Freedom - Happiness**

-----  
**BẢN TƯỜNG TRÌNH TAI NẠN/ ACCIDENT REPORT**

**Kính gửi: CÔNG TY TNHH BẢO HIỂM PHI NHÂN THỌ MSIG VIỆT NAM**  
**To: MSIG Insurance (Vietnam) Co., Ltd.**

Tên tôi là/ Full Name:

Năm sinh/ Date of Birth:

Số CMND/ ID/ Passport Number:

Tôi xin trình bày một việc như sau/ Description of accident:

*(Nội dung gợi ý: bao gồm giờ ngày tháng năm xảy ra tai nạn, tình huống tai nạn, địa điểm xảy ra tai nạn, quá trình điều trị...)*

*(Suggested content: date and time of accident, place of accident, detail description of accident, treatment history...)*

Vậy tôi làm bản tường trình này, và gửi hồ sơ khám bệnh, hoá đơn thanh toán tại các cơ sở y tế trên, kính mong đơn vị Bảo hiểm xem xét, giải quyết bồi thường cho tôi.

I attached herewith my medical documents and invoices for the incurred expenses at abovementioned medical providers. Please help review and settle my claim.

Tôi xin chịu trách nhiệm về tính xác thực của những điều đã nêu ở trên.

I am responsible for the truth of above declaration.

***Xin chân thành cảm ơn!***

***Your faithful,***

Xác nhận của đơn vị làm việc/ hoặc Chính quyền địa phương

....., ngày.....tháng.....năm.....

Verification of Company or local authorities

....., date.....month.....year.....

Người làm đơn/ Claimant

Ký ghi rõ họ tên/ Sign and Full name

Lưu ý: Vui lòng hoàn thiện bản tường trình tai nạn này trong trường hợp tai nạn như đã hướng dẫn ở trên. Trường hợp không phải tai nạn, vui lòng bỏ qua mẫu này.

(Note: In case of accident, please complete the Accident Report as per abovementioned instructions. In case of illness, diseases, the report is not requested)