



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

HOSPITAL INCOME CLAIM FORM

ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM HỖ TRỢ VIỆN PHÍ

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.

Name & Postal Address of Insured Person: Tên và Địa chỉ hộp thư của 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):
	Email address: Địa chỉ email:	Telephone number: Số điện thoại:
	Policy number: Số Hợp đồng:	Period of Insurance: Thời hạn Bảo hiểm
Name & Postal Address of Claimant: Tên và Địa chỉ hộp thư 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):
	Email Address: Địa chỉ email:	Telephone number: Số điện thoại:

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

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.

SECTION (A): CLAIM DETAILS **PHẦN (A): CHI TIẾT YÊU CẦU BỒI THƯỜNG**

Describe injury or Sickness
Miêu tả thương tích hay Bệnh tật

In case of Accident Trường hợp tai nạn	Cause of accident Nguyên nhân tai nạn	Date of Accident Ngày xảy ra tai nạn
In case of Sickness Trong trường hợp bệnh	Diagnosis of Doctor Chẩn đoán của Bác sĩ	Date first symptoms appeared Ngày phát hiện triệu chứng đầu tiên
Period of Hospitalisation Thời gian nằm viện	Date of Admission Ngày nhập viện	Date of Discharge Ngày xuất viện



ace insurance

Received treatment at Điều trị tại	Name and address of Hospital Tên và địa chỉ Bệnh viện	Name of doctor Tên Bác sĩ
In case of intensive care, please specify the period Trong trường hợp săn sóc đặc biệt vui lòng cho biết thời gian From: to: Từ đến:		
Have you ever suffered similar medical condition or is this medical condition related to a previous injury? Yes () No () Quý khách có tiền sử bệnh hoặc những thương tật do bệnh đó gây ra không? Có () Không () If yes, please specify dates & circumstances of similar medical condition or previous injury and name & address of the doctor concerned: 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:		
Treatment Period Thời gian điều trị	Name and address of Hospital Tên và địa chỉ Bệnh viện	Name of doctor Tên Bác sĩ
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		
SECTION (I): ANY OTHER INSURANCES PHẦN (I): BẢO HIỂM KHÁC		
Are there any other Policies of insurance in force covering you in respect of this event? Yes () No () If yes, please specify below: Có bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực nào chi trả cho Quý khách đối với sự kiện này? Có () Không () Nếu có, vui lòng ghi rõ thông tin dưới đây:		
Name & address of insurance company(s) Tên và Địa chỉ của (các) Công ty bảo hiểm	Policy number Số Hợp đồng bảo hiểm	
SECTION (J): CLAIMS HISTORY (PHẦN (J): QUÁ TRÌNH YÊU CẦU BÒI THƯỜNG TRƯỚC ĐÂY		
Have you or any insured person previously made a claim under a hospital Income policy? Yes () No () If yes, please specify below: Quý khách hay Người được bảo hiểm nào đã từng yêu cầu bảo hiểm trước đây theo Hợp đồng bảo hiểm hỗ trợ viện phí chưa? Có () Không () Nếu có, vui lòng ghi rõ thông tin dưới đây:		
Date & circumstances of similar condition & recurrence Ngày và Diễn biến và điều kiện của sự việc tương tự	Name of insurance company(s) involved Tên công ty bảo hiểm có liên quan	



ace insurance

**SECTION (K): PAYMENT
PHẦN (K): 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 Insured:

Người được bảo hiểm:

Bank Name:

Tên ngân hàng:

Account number:

Số tài khoản:

Bank address:

Địa chỉ ngân hàng:

*I/We do solemnly and sincerely declare that the foregoing particulars are true and correct in every detail and;
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 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 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 quan đến các yêu cầu bồi thường trong quá khứ và tương lai.

*I/We hereby authorize any hospital physician, or 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.

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 Giấy ủy quyền này cũng có hiệu lực và giá trị như bản gốc.

Date:

Ngày:

Signature of Claimant

Chữ ký của Người yêu cầu Bồi thường

Signature of Insured Person

Chữ ký của Người được bảo hiểm

Enclosed documents:

Prescriptions (Đơn thuốc)	Incident report (Biên bản sự việc)
Medical documentation (Hồ sơ y tế)	Registration card (Giấy đăng ký xe)
Hospital Admission (Giấy nhập viện)	Driving license (Bằng lái xe)
Hospital discharge (Giấy xuất viện)	Police report (Biên bản công an)
Surgery report (Phiếu mổ)	Others (Chứng từ khác)



ace insurance

To ensure prompt processing of your claim, it is important that you submit a completed Hospital Income Insurance Claim Form with the relevant documents to:

Để đảm bảo việc giải quyết yêu cầu bồi thường nhanh chóng, vui lòng cung cấp Đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm du học sinh và các tài liệu có liên quan đến:

Công Ty TNHH Bảo Hiểm ACE

Trung Tâm Tài Chính Sài Gòn

Số 9 Đinh Tiên Hoàng, Tầng 8

Phường Đa Kao, Quận 1

TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Phone: +84 (8) 3910-7227

Fax: +84 (8) 3910-7228

E-Mail: Claims.VN@acegroup.com

The above mentioned relevant documents must be submitted to the Company within 30 days from the date of occurrence of the events resulting in the Insurance Claim.

Các tài liệu có liên quan nêu trên sẽ được nộp cho Công ty trong 30 ngày kể từ ngày xảy ra các sự kiện dẫn đến Yêu cầu bồi thường Bảo hiểm

KÊ KHAI CỦA BÁC SĨ

Bên mua bảo hiểm/ Người được bảo hiểm tự chịu các chi phí để nhận được bản kê khai này.
Bản kê khai này phải được điền đầy đủ và nhanh chóng gửi cho ACE

Tên Bệnh nhân:
Ngày sinh:

Số CMND/ hộ chiếu:

Chẩn đoán (nếu gãy xương hoặc trật khớp, mô tả trạng thái và bộ phận, vd. Đơn giản, phức hợp)

Nguyên nhân:

Vui lòng cung cấp kết quả chụp X-Quang nếu có

Đây là trường hợp thương tích hay bệnh

Bệnh nhân có những thương tích hay bệnh nào gây nên/ góp phần gây nên tình trạng này không? V.d. loãng xương

Không Có - cho biết thêm chi tiết

Tình trạng này có liên quan đến thể thao không? Không Có - cho biết thêm chi tiết

Trong vòng 24h trước khi bị thương/ bệnh, bệnh nhân có uống thức uống có cồn hay sử dụng thuốc?

Không Có - vui lòng liệt kê loại và liều lượng

Ngày phát bệnh/ có triệu chứng đầu tiên:

Bệnh nhân đến khám lần đầu tiên khi nào?

Bệnh nhân đã bao giờ có tình trạng giống hoặc tương tự? Không Có - cho biết thêm chi tiết

Ông/Bà là bác sĩ chữa trị cho bệnh nhân được bao lâu? năm

Bệnh nhân đã từng nhập viện chưa? Không Có - cho biết thêm chi tiết

Tên Bệnh Viện:

Ngày xuất viện:

Tên Bác sĩ thường trực của bệnh nhân:

Ngày nhập viện:

Bệnh nhân đã phẫu thuật hay được yêu cầu phẫu thuật trước đó?

Không

Có - cho biết thêm chi tiết

Ngày phẫu thuật hoặc yêu cầu: Tên bệnh viện:

Bệnh nhân đã sử dụng những dịch vụ y tế khác?

Không

Có - vui lòng liệt kê chi tiết

Ngày:

Tên dịch vụ:

Ông/ Bà là bác sĩ chỉ định của bệnh nhân, hoặc Ông/ Bà chỉ định bệnh nhân cho bác sĩ khác?

Không

Có - cho biết thêm chi tiết

Tên bác sĩ chỉ định

Địa chỉ:

Ngày chỉ định

Bệnh nhân đã yêu cầu các chứng từ y tế của việc điều trị này để nộp cho công ty bảo hiểm khác?

Không

Có - cho biết thêm chi tiết

Tên công ty và số yêu cầu bồi thường:

Tên và số điện thoại liên lạc:

Ghi Chú:

Ngày:	
Chữ ký của bác sĩ:	
Tên - chữ in hoa:	
Chuyên ngành:	
Địa chỉ:	
Số điện thoại:	