



**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](http://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](http://www.aceinsurance.com.vn)

## OVERSEAS STUDENT INSURANCE CLAIM FORM

### ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM DU HỌC NƯỚC NGOÀI

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):
	E-Mail 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): PARTICULARS OF LOSS / OCCURRENCE PHẦN (A): THÔNG TIN VỀ TỖN THẤT/ ĐIỂN BIẾN SỰ VIỆC

Explain exactly on how the loss did occur: Mô tả chính xác diễn biến tổn thất:	Place of loss Nơi xảy ra tổn thất	
	Date of loss occurrence: Ngày xảy ra tổn thất:	Time of loss occurrence: Thời gian xảy ra tổn thất:
	When and by whom was the loss discovered: Thời điểm và người phát hiện tổn thất:	Relationship: Quan hệ:
	Name & Address of any Witnesses: Tên và Địa chỉ của Nhân chứng:	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:



**ace insurance**

<p><b>SECTION (B): PERSONAL ACCIDENT/ SICKNESS – MEDICAL AND ADDITIONAL EXPENSES (Please attach supporting documents, e.g. original medical receipts, accident report, police report, death certificate and/or relevant documents)</b>  <b>PHẦN (B): TAI NẠN CÁ NHÂN/ BỆNH - CHI PHÍ Y TẾ VÀ CÁC LOẠI CHI PHÍ PHỤ KHÁC (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)</b></p>		
<p>Has the Insured Person ever suffered similar medical condition or is this medical condition related to a previous injury? Yes/ No          Người được bảo hiểm có tiền sử bệnh hoặc những thương tật do bệnh đó gây ra không? Có/ Không</p>		<p>If yes, please specify dates &amp; circumstances of similar medical condition or previous injury and name &amp; address of the Physician concerned:          Nếu có, vui lòng cho biết ngày và tình trạng thương tật hoặc điều kiện chữa trị trước đây và tên &amp; địa chỉ của bác sĩ điều trị:</p>
<p>During 24 hours before the Injury, did the Insured drink any alcohol or take any drugs? Yes/ No          Trong vòng 24giờ trước khi bị thương tích, Bệnh, Người được Bảo hiểm có sử dụng thức uống có cồn hay thuốc không? Có/ Không</p>		<p>If yes, please states type and quantities          Nếu có, vui lòng cho biết loại và số lượng</p>
<p>AMOUNT PAID BY INSURED PERSON:          Số tiền Người được bảo hiểm đã trả</p>	<p>AMOUNT RECOVERED FROM OTHER SOURCES:          Số tiền thu được từ nguồn khác</p>	<p>AMOUNT CLAIMED:          Số tiền yêu cầu bồi thường:</p>
<p><b>SECTION (C): CANCELLATION/CURTAILMENT OF TRIP (Please attach documents issued by Carrier/Travel Agent)</b>  <b>PHẦN (C): HỦY BỎ/RÚT NGẮN CHUYẾN ĐI (Vui lòng đính kèm giấy tờ do Bên vận chuyển/Đại lý du lịch phát hành)</b></p>		
<p>When and where was holiday booked?          Chuyến du lịch được đăng ký khi nào và ở đâu?</p>		<p>Scheduled Departure Date:          Ngày đi theo dự kiến:</p>
<p>Name, address, phone number, and contact person of Carrier/Travel Agent:          Tên, địa chỉ, số điện thoại và tên người liên lạc của Bên vận chuyển/Đại lý Du lịch:</p>		<p>Date of Cancellation:          Ngày hủy:</p>
<p>Causes of cancellation/curtailment:          Nguyên nhân hủy bỏ, rút ngắn chuyến đi</p>		<p>Number of Curtailed Days:          Số ngày bị rút ngắn:</p>
<p>AMOUNT PAID BY YOU:          Số tiền Quý khách đã trả:</p>	<p>AMOUNT RECOVERED FROM OTHER SOURCES:          Số tiền thu hồi được từ nguồn khác:</p>	<p>AMOUNT CLAIMED:          Số tiền yêu cầu bồi thường:</p>
<p><b>SECTION (D): STUDY INTERRUPTION (Please attach official receipts from the Overseas Studying Institution and/ or any relevant documents)</b>  <b>PHẦN (D): GIÁN ĐOẠN HỌC TẬP (Vui lòng đính kèm biên lai chính thức từ Trường học nước ngoài và các giấy tờ liên quan khác)</b></p>		



**ace insurance**

Causes of interruption: Nguyên nhân gián đoạn				
AMOUNT PAID BY INSURED PERSON: Số tiền Người được bảo hiểm đã trả:		AMOUNT REFUNDABLE/ RECOVERED FROM OTHER SOURCES: Số tiền hoàn lại/thu hồi được từ nguồn khác:		AMOUNT CLAIMED: Số tiền yêu cầu bồi thường:
<b>SECTION (E): PERSONAL EFFECTS (Please furnish relevant reports from police or carrier/airlines AND original purchase receipts)</b> <b>PHẦN (E): CÁC VẬT DỤNG CÁ NHÂN (Vui lòng cung cấp biên bản của cảnh sát hay bên vận chuyển/ hãng hàng không VÀ các hóa đơn mua hàng bản gốc )</b>				
Give details of amount claimed: Cung cấp chi tiết của số tiền yêu cầu bồi thường:				
DESCRIPTION OF ITEM Mô tả	WHEN AND WHERE PURCHASED Nơi và thời gian mua	ORIGINAL PURCHASE PRICE Giá mua ban đầu	AMOUNT RECOVERED FROM OTHER SOURCES Số tiền thu được từ nguồn khác	AMOUNT CLAIMED Số tiền yêu cầu bồi thường
<b>SECTION (F): FLIGHT DELAY/BAGGAGED DELAY/ MISCONNECTING FLIGHT (Please attach written confirmation from Carrier/Airlines and Boarding Pass)</b> <b>PHẦN (F): CHUYẾN BAY BỊ HOÃN/ HÀNH LÝ ĐẾN CHẬM/ LỖ NÓI CHUYẾN BAY (Vui lòng đính kèm văn bản của Bên vận chuyển/ Hãng hàng không và Vé lên máy bay)</b>				
ORIGINAL FLIGHT DETAILS Các chi tiết về chuyến bay ban đầu		DELAYED/ FLIGHT DETAILS Các chi tiết về chuyến bay bị hoãn		COLLECTION OF DELAYED BAGGAGE Nhận hành lý đến chậm
Date: Ngày:		Date: Ngày:		Date: Ngày:
Time: Giờ:		Time: Giờ:		Time: Giờ:
Place of Departure: Nơi đi:		Place of Departure: Nơi đi		Place of collection: Nơi nhận:
Place of Arrival: Nơi đến:		Place of Arrival: Nơi đến:		
Flight number: Chuyến bay số		Flight number: Chuyến bay số		
Name of Airline: Hãng hàng không:		Name of Airline: Hãng hàng không:		
AMOUNT PAID BY INSURED PERSON: Số tiền Người được bảo hiểm đã trả:		AMOUNT REFUNDABLE/ RECOVERED FROM OTHER SOURCES: Số tiền hoàn lại/thu hồi được từ nguồn khác:		AMOUNT CLAIMED: Số tiền yêu cầu bồi thường:



**ace insurance**

**SECTION (G): PERSONAL LIABILITY (Please attach written confirmation from third party, police or court)**  
**PHẦN (G): TRÁCH NHIỆM CÁ NHÂN (Vui lòng đính kèm văn bản của bên thứ ba, cảnh sát hay tòa án)**

Was the accident due to carelessness, or negligence on the Insured Person's part?  
Có phải tai nạn xảy ra do sự cẩu thả, hoặc bất cẩn của Người được bảo hiểm?

Has the Insured Person in any way admitted liability?  
Người được bảo hiểm đã nhận trách nhiệm dưới bất kỳ hình thức nào hay không?

To which Police Officer and Police Station (if any) did the Insured Person report the occurrence?  
Người được bảo hiểm đã thông báo sự việc cho Nhân viên cảnh sát hay Đồn cảnh sát nào (nếu có)?

Names & Postal Address of the other party(s)  
Tên và Địa chỉ hộp thư của (các) bên khác?

Nature of personal injury sustained by any person  
Loại thương tật của người đó

Name/Age  
Tên/tuổi

Nature of Injury  
Loại thương tật

Extent of damage to property belonging to other party(s):  
Mức độ hư hại của tài sản của các bên khác:

Whether any claim has been made upon the Insured Person. If so, was the amount of such claim specified?  
Có yêu cầu bồi thường nào đối với Người được bảo hiểm không. Nếu có, số tiền yêu cầu bồi thường là bao nhiêu?

Please give any additional information which you consider would help the Company in dealing with any claim that may be made against the Insured Person.  
Vui lòng cung cấp những thông tin bổ sung mà bạn cho rằng có thể giúp Công ty giải quyết bất cứ yêu cầu bồi thường nào đối với Người được bảo hiểm.

**SECTION (H): OTHERS (Please specify details of any claim other than SECTION (B) to (G) )**  
**PHẦN (H): YÊU CẦU KHÁC (Vui lòng ghi chi tiết của những yêu cầu bồi thường khác ngoài phần (B) đến (J) )**

Name of Police Station, Carrier/Airline or other authorities where Report lodged (if applicable)  
Tên Đồn Cảnh sát, Bên vận chuyển/Hãng hàng không hoặc Cơ quan có thẩm quyền khác lập Biên bản (nếu có)

DETAILS OF CLAIM

Các chi tiết Yêu cầu bồi thường

AMOUNT CLAIMED

Số tiền Yêu cầu bồi thường



**ace insurance**

<b>SECTION (I): ANY OTHER INSURANCES</b> <b>PHẦN (I): BẢO HIỂM KHÁC</b>	
Are there any other Policies of insurance in force covering the Insured Person in respect of this event? Có bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm khác có hiệu lực nào chi trả cho Người được bảo hiểm đối với sự kiện này? Yes/ Có ( ) No/ Không ( ) If yes, please specify details: 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
<b>SECTION (J): CLAIMS HISTORY</b> <b>(PHẦN (J): QUÁ TRÌNH YÊU CẦU BỒI THƯỜNG TRƯỚC ĐÂY</b>	
Have you or any Insured Person previously made a claim under a overseas student policy? Yes ( ) No ( ) If yes, please specify below: Bạn hay bất kỳ Người được bảo hiểm nào đã từng yêu cầu bảo hiểm trước đây theo hợp đồng bảo hiểm du học 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  <i>(Please use supplementary sheet if necessary)</i> <i>Vui lòng sử dụng bản đính kèm nếu cần thiết)</i>
<b>SECTION (K): PAYMENT</b> <b>PHẦN (K): THANH TOÁN</b>	
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: Bank address: Tên ngân hàng: Địa chỉ ngân hàng: Account number: Số tài khoản:	



**ace insurance**

\*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 physician, or other person who has medically attended or examined the Insured Person, 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 Người được bảo hiểm, 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 học này 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

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



**ace insurance**

# MEDICAL PRACTITIONER'S STATEMENT

The Policyholder/ Insured Person is responsible for any fee for this statement  
this form should be completed and returned to ACE promptly

**Patient's Full Name:**

**Date of Birth:**

**ID/ Passport N°:**

**Diagnosis** (if fracture or dislocation, describe nature and location i.e.: Simple, Compound)

**Cause:**

If available please provide a copy of X-ray report

**Is this condition**      **an injury**                       **or an illness**

**Does the patient have any other injury or illness that is contributing to the condition? eg: Osteoporosis**  
No               Yes  - give details

**Was the disability, sports related?**                                              No                       Yes  - give details

**During the 24 hours before the injury/ illness, did the patient drink any alcohol or take any drug?**  
No                       Yes  - State types and quantities

**Date of onset/first symptoms?**

**When did the patient first consult you for this condition?**

**Has the patient ever had the same or similar condition?**                      No                       Yes  - give details

**How long have you been the patient's usual doctor/medical practice?**                      Years

**Has the patient been hospitalized?**              No                       Yes  - give details

Date of Admission :

Name of Hospital:

Name of patient's usual doctor/medical practice:

Date of Discharge:

<b>Has the patient had surgery or is it anticipated?</b> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> - give details Date performed or anticipated: Give name of hospital?	
<b>Did you provide other medical service (including pathology) to the patient?</b> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> - itemize, give detail	
<b>Date</b>	<b>Services</b>
<b>Was the patient referred by you or to you?</b> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> - give details Name of referring doctor: Address:  Date of referral:	
<b>Has the patient requested medical evidence for the current disability to be issued to any other insurance company?</b> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> - give details  Name of company and Claim N <sup>o</sup> .:  Contact Name and Telephone N <sup>o</sup> .:	
<b>Remarks</b>          	

<b>Date:</b>	
<b>Signature of medical practitioner:</b>	
<b>Name – print:</b>	
<b>Qualifications:</b>	
<b>Address:</b>	
<b>Telephone Number:</b>	