



# MSIG Insurance (Vietnam) Company Limited

## Hanoi Head Office

10<sup>th</sup> Floor, Corner Stone Building  
16 Phan Chu Trinh Street, Hoan Kiem District, Hanoi  
Tel : (+84-24) 3. 936 92 00 Fax: (+84-24) 3. 936 91 87  
Email : [Claims@vn.msig-asia.com](mailto:Claims@vn.msig-asia.com)

## HoChiMinh Branch Office

19<sup>th</sup> Floor, Vincom Center Building  
72 Le Thanh Ton Street, District 1, Hochiminh  
Tel : (+84-28) 38 219 030 Fax: (+84-28) 38 219 029  
Website : [www.msig.com.vn](http://www.msig.com.vn)

## TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM DU LỊCH

Please note that this form is issued without admission of liability. Please state all relevant information requested as completely and accurately as possible. (Xin lưu ý rằng việc phát hành mẫu Đơn yêu cầu Bồi thường này không đồng nghĩa với việc chấp nhận trách nhiệm bồi MSIG. Xin hãy điền thông tin yêu cầu một cách chính xác và đầy đủ nhất có thể.)

### PARTICULARS OF INSURED/ THÔNG TIN CHUNG VỀ BẢO HIỂM

Name of Policy Holder:

Tên Chủ Hợp đồng bảo hiểm:

Policy No.:

Hợp đồng BH số:

Address/ Địa chỉ:

Person in charge/ Tên người phụ trách yêu cầu bồi thường:

Contact tel/ Số điện thoại:

Email/ Địa chỉ email:

Claimant/ Person in Accident/

Tên người yêu cầu bồi thường:

Male/ Nam

Female/ Nữ

Relation with Insured:

Quan hệ với Người được BH:

Occupation/ Nghề nghiệp:

Home address/ Địa chỉ nơi ở:

ID Card/Passport No.:

Số CMT/Hộ chiếu:

Place and Date of Issue/ Ngày cấp:

Date of Birth/ Ngày/tháng/năm sinh:

Contact tel./ SĐT:

Email:

### DETAIL OF CLAIM/ THÔNG TIN VỀ TỶN THẤT

Date/ Ngày xảy ra tai nạn:

Time/ Thời gian:

Country of Occurrence/ Nơi tai nạn:

Description of the Incident, Loss or Illness/ Mô tả chính xác diễn biến tai nạn / tổn thất:

Do you have other insurance covering your claim

Yes/ Có

No/ Không

Đã từng khai và đền bù thiệt hại cho những khoản mục tổn thất với bất kỳ Hợp đồng bảo hiểm nào khác chưa?

If Yes, please provide policy number(s) and Insurer(s):

Nếu "Có" vui lòng cung cấp Hợp đồng bảo hiểm số/ Tên công ty bảo hiểm:

Yes/ Có

No/ Không

Have you made any claims under Travel Insurance before?

Đã từng có bất kỳ sự kiện bảo hiểm nào xuất hiện dưới đơn Bảo hiểm Du lịch của MSIG VN trước đây?

If yes, please give details

Nếu có vui lòng cung cấp thông tin:

### TYPE OF CLAIM/ CHI TIẾT KHIẾU NẠI

Personal accident/ Tai nạn cá nhân

Medical expenses/ Chi phí y tế

Hospital benefit/ Quyền lợi chi phí nằm viện

Date Incurred/ Ngày phát sinh chi phí y tế	Details of Expenses Incurred/ Chi tiết khoản mục điều trị	Claimable Amount (USD/VND)/ Số tiền yêu cầu bồi thường (VND/USD)

Nature and Extent of Injury/Illness/Disease/ Tình trạng và mức độ của thương tật/ tổn thất:

Have you ever suffered from this and/or a similar condition or a recurrence of a previous illness or injury?/ Đã từng xuất hiện bệnh này và/ hoặc tình trạng tương tự hoặc sự tái phát của bệnh này trước đây?

Yes/ Có

No/ Không

If Yes, date of symptoms first started/treated/ Nếu "Có" xin cung cấp ngày xuất hiện triệu chứng ban đầu/điều trị ban đầu:

Name & Address of your usually attending Physician/ Tên & địa chỉ của bác sỹ điều trị thường xuyên:

Name of Hospital/ Tên & địa chỉ bệnh viện điều trị:

**Medical Authorization** (This portion must be completed by **Claimant/ Person in accident**)/ Ủy quyền (Mục này bắt buộc phải được hoàn thành bởi Người yêu cầu bồi thường)

I hereby authorise any hospital physician or other person who has attended or examined me to furnish to the Insurer or its representative any and all information on my illness, injury, medical history, consultations, prescription or treatment, with copies of all hospital or medical records. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original./ Tôi ủy quyền cho bất kỳ bệnh viện, bác sỹ hoặc người nào khác đã từng tham gia chăm sóc và khám chữa cho tôi cung cấp cho Công ty bảo hiểm hoặc đại diện được ủy quyền của Công ty bảo hiểm bất kỳ và tất cả các thông tin được yêu cầu liên quan đến bệnh, thương tật, bệnh sử, kết quả khám bệnh, toa thuốc hay các chứng từ y tế và viện phí liên quan. Bản photo của Đơn yêu cầu bồi thường bảo hiểm du lịch này có hiệu lực và giá trị như bản gốc.

.....  
**Claimant/ Person in accident (Signature and full name)/ Người yêu cầu bồi thường (Ký và ghi rõ họ tên)**

Travel Delay/ Hoãn chuyến  Missed Departure/ Lỡ chuyến  Cancellation/Curtailment/ Hủy chuyến/ Rút ngắn

Schedule Departure Date/  
 Ngày đi theo dự kiến:

Time/ Thời gian: am/pm

Flight No/ Chuyến bay số:

Final Departure Date/  
 Ngày đến theo dự kiến:

Time/ Thời gian: am/pm

Flight No/ Chuyến bay số::

Cause of delay/  
 Nguyên nhân trì hoãn:

Duration of delay/Số giờ bị hoãn:

hrs/day (giờ/ngày)

Reason for cancellation/curtailment/ Nguyên nhân hủy bỏ, rút ngắn chuyến đi:

Refund received/ Khoản tiền bồi hoàn nhận được:

Amount paid for the trip/ Khoản tiền phải trả cho chuyến đi:

Luggage Delay/ Hành lý đến chậm

Aircraft Hijack/ Cướp máy bay

Luggage Loss/Damage/ Mất, thất lạc hành lý

Loss of Money/Document/ Mất chứng

Loss of Passport/ Mất hộ chiếu

Has this loss/damage been reported to the authorities?/

Yes/ Có

No/ Không

Việc mất/tổn thất hành lý đã được thông báo cho cơ quan có thẩm quyền chưa?

The destination where this loss/damage occurred/ Địa điểm đến/xảy ra tổn thất:

Date and Time of Loss/Damage

Ngày & giờ xảy ra tổn thất:

Date & time of eventual return of

luggage/

Ngày và giờ bạn nhận lại hành lý:

Full description of Article(s) Claimed/ Chi tiết các mục được bồi thường	Name and address from whom Goods were purchased/ Tên và địa chỉ mua hàng hóa	Date of purchase/ Ngày mua	Original Purchase Price/ Giá mua ban đầu	Amount Claimed/ Số tiền yêu cầu bồi thường

Rental Vehicle Excess Cover

Period of Hire/ Thời hạn thuê:

Amount Claimed/ Số tiền yêu cầu bồi thường:

**SUPPORTING DOCUMENTS/ CHỨNG TỪ CẦN CUNG CẤP**

Type of claim Documents	Personal Accident/ Tai nạn cá nhân	Medical Expenses/ Chi phí y tế	Cancellation & Curtailment/ Hủy bỏ & rút ngắn chuyến đi	Travel Delay & Missed Departure/ Trì hoãn chuyến đi/Lỡ chuyến đi	Baggage/ Money/ Passport/doc ument/ Hành lý/ Tiền/Hộ chiếu/ Chứng từ	Rental Vehicle Excess Cover/ Bảo hiểm tiền thuê xe	Personal Liability/Aircraft Hijack/ Trách nhiệm cá nhân/ Cướp máy bay
(1)	*	*	*	*	*	*	*
(2)	*	*	*	*	*	*	*
(3)	*	*	*	*	*	*	*
(4)	*	*	*	*	*	*	*
(5)	*	*	*	*	*	*	*
(6)	*	*	*	*	*	*	*
(7)	*	*	*	*	*	*	*
(8)	*	*	*	*	*	*	*

(1) Basic documents including claim form, travelling schedule, air ticket, boarding pass and copy of passport./ Giấy tờ cần thiết bao gồm Đơn yêu cầu thông báo tổn thất, lịch trình chuyến đi, vé máy bay, giấy phép lên máy bay, bản photo hộ chiếu.

- (2) Medical report (Records/file) and original medical receipt/bills/ (2) Sổ khám chữa bệnh (Tóm tắt bệnh án/hồ sơ, giấy tờ điều trị y tế) và hóa đơn/biên lai bản gốc
- (3) Travel deposit receipt and carrier's /airlines written confirmation on the reason for disruption/interruption to the trip/  
Hóa đơn tiền ứng trước cho chuyến du lịch và sự xác nhận của nhà vận chuyển/ hãng hàng không cho lý do của sự gián đoạn trong chuyến du lịch
- (4) Hotel accomodation confirmation advice/ Thông tin xác nhận về khách sạn ở trong chuyến đi
- (5) Police report/ Biên bản của công an
- (6) Purchase invoices for claimed items/ Hóa đơn mua hàng cho các mục yêu cầu bồi thường
- (7) Rental vehicle receipt and agreement, documentary proof of accident and excess receipt/repair invoice/  
Biên lai và thỏa thuận thuê xe, tài liệu làm chứng của tai nạn và Hóa đơn sửa chữa/ Biên lai vượt mức
- (8) All other documents supporting the claim/ Tất cả các tài liệu khác bổ sung để bồi thường

**DECLARATION/ CAM KẾT**

I declare that the information given is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that any false or fraudulent statements or any attempt to suppress or conceal any material facts shall render the policy void and the Insurer may refuse to pay the claim./ Tôi xin cam kết những lời khai trên là hoàn toàn chính xác và đúng sự thật về tất cả các khía cạnh. Tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin giả mạo hoặc khai báo gian lận hoặc che giấu sự thật có thể khiến Hợp đồng Bảo hiểm bị vô hiệu và Công ty bảo hiểm có quyền từ chối chi trả bồi thường.

.....

Claimant/ Person in Accident  
(Signature)  
Người yêu cầu bồi thường (Ký)

Date/ Ngày:

.....

Policy Holder (Authorized  
signature and Stamp)/  
Chủ hợp đồng bảo hiểm ( ký và  
đóng dấu công ty)

Date/ Ngày: