

THÔNG BÁO TỒN THẤT BẢO HIỂM DU LỊCH

Số: _____

Vui lòng gửi tất cả các thông báo tổn thất và yêu cầu đến **Pacific Cross Việt Nam**.

A. CHI TIẾT VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG

Số Giấy Chứng Nhận Bảo Hiểm: _____

Tên của Người Yêu Cầu Bồi Thường: _____ Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): _____

Địa chỉ gửi thư: _____

Số Hộ chiếu hoặc CMND: _____

Điện thoại: _____ Fax: _____ Email: _____

B. Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp và nộp các chứng từ được yêu cầu theo như hướng dẫn trong Thủ tục yêu cầu bồi thường của Công ty.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chi phí y tế và trợ giúp khẩn cấp (Vui lòng điền vào Mẫu Báo Cáo của Bác sĩ điều trị ở mặt sau) | <input type="checkbox"/> Hồi hương thi hài |
| <input type="checkbox"/> Trợ cấp nằm viện | <input type="checkbox"/> Hành lý và đồ dùng cá nhân |
| <input type="checkbox"/> Chi phí bổ sung cho việc đi lại và chỗ ở | <input type="checkbox"/> Hành lý đến chậm |
| <input type="checkbox"/> Thăm viếng của người thân trong gia đình | <input type="checkbox"/> Mất giấy tờ du lịch |
| <input type="checkbox"/> Đưa trẻ em trở về nước | <input type="checkbox"/> Tiền cá nhân |
| <input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân | <input type="checkbox"/> Chuyển đi bị trì hoãn |
| | <input type="checkbox"/> Rút ngắn chuyến đi hoặc Hủy bỏ chuyến đi |

C. Vui lòng mô tả ngắn gọn các tình huống làm phát sinh tổn thất của quý khách (Nếu không đủ chỗ, vui lòng đính kèm các chi tiết bổ sung)

Quyền lợi: _____

Quyền lợi: _____

Chi tiết: _____

Chi tiết: _____

D. CÁC CHỨNG TỪ THANH TOÁN ĐÃ NỘP (Nếu không đủ chỗ, vui lòng đính kèm các chi tiết bổ sung)

Mã số của chứng từ	Chi tiết thanh toán (các phí chuyên môn, thuốc, hành lý, ...)	Số tiền (vui lòng ghi rõ đơn vị tiền tệ)
TỔNG CỘNG		

E. THÔNG TIN THANH TOÁN

- Tiền mặt
- Chuyển khoản (Vui lòng điền chi tiết thông tin về tài khoản VND ở phía dưới):
- Tên chủ tài khoản: _____ Số tài khoản: _____
- Tên ngân hàng: _____
- Địa chỉ ngân hàng: _____

F. ỦY QUYỀN và CAM KẾT

Ủy quyền: Tôi ủy quyền cho bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, công ty bảo hiểm hoặc bất kỳ cơ sở y tế hay cơ sở có liên quan đến y tế nào khác đã tham gia chăm sóc tôi cung cấp cho Công ty bảo hiểm (hoặc người đại diện của Công ty bảo hiểm) và cho phép Công ty bảo hiểm nói trên (hoặc người đại diện của Công ty bảo hiểm) xem xét bất kỳ và tất cả các thông tin yêu cầu có liên quan đến bất kỳ đau bệnh hay tai nạn, bệnh sử, chuẩn đoán, toa thuốc hoặc điều trị, và các bản sao của tất cả các hồ sơ bệnh viện hoặc các hồ sơ y khoa, và các hồ sơ của các cơ quan nhà nước thụ lý biên bản về tai nạn hoặc đau bệnh đó. Tôi đồng ý rằng bản sao chụp của đơn ủy quyền này sẽ có giá trị và hiệu lực như bản chính.

Cam kết: Tôi cam kết những chi tiết được trình bày trong đơn này là chính xác và đúng sự thật. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp bất kỳ thông tin nào được yêu cầu trong đơn này thì Công ty có thể từ chối xem xét yêu cầu bồi thường tổn thất này.

Ngày (ngày/ tháng/ năm)

Ký tên (Người yêu cầu bồi thường hoặc cha mẹ của đứa trẻ)

BÁO CÁO CỦA BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Ngày thăm khám: _____

ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Ngày nhập viện: _____ Giờ: _____

Ngày xuất viện: _____ Giờ: _____

(A) Chuẩn đoán	(B) Ngày xuất hiện triệu chứng đầu tiên	(C) Ngày thăm khám đầu tiên cho bệnh trạng đó	(D) Điều trị trước đó đã thực hiện cho triệu chứng/chẩn đoán đó	
			Ngày điều trị	Tên Bác sĩ & Bệnh viện
1.				
2.				
3.				
4.				

(E) Nếu bệnh trạng là một biến chứng, vui lòng cho biết những triệu chứng của nó bắt đầu vào ngày nào (ngày/ tháng/ năm): _____

(F) Tên của việc can thiệp bằng phẫu thuật (nếu có): _____

Có yêu cầu thăm khám sau phẫu thuật không? Có Không Nếu có, vui lòng ghi rõ các ngày thăm khám: _____

(G) Có bệnh khác hoặc suy yếu ảnh hưởng đến bệnh trạng hiện tại không? Có Không

Nếu có, vui lòng mô tả: _____

(H) Bệnh trạng là do vấn đề về Nha khoa, Thai nghén, Sinh con, Sảy thai hoặc đau ốm có nguồn gốc từ những sự việc đó?

Có Không Nếu có, vui lòng ghi rõ nguyên nhân: _____

(I) Chuẩn đoán có liên quan đến: các tình trạng bẩm sinh/di truyền/các bất thường phát triển/khuyết tật bẩm sinh/béo phì?

Có Không

(J) Bác sĩ có xem việc thăm khám này là sự điều trị liên tục cho một bệnh mãn tính? Có Không

(K) Đây có phải là việc kiểm tra y tế tổng quát thường lệ hay việc tiêm ngừa không? Có Không

(L) Bệnh trạng này có liên quan đến tai nạn không? Có Không

Nếu có, vui lòng cho biết tai nạn xảy ra khi nào? _____ Khoảng giờ nào: _____

Tính chất của tai nạn là gì? _____

(M) Bác sĩ có yêu cầu làm Vật lý trị liệu? Có Không

(N) Đối với Điều trị ngoại trú: Bệnh trạng có liên quan đến việc nằm viện trước đó không? Có Không

Nếu có, vui lòng ghi rõ ngày nhập viện: _____

Tên Bệnh viện: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Địa chỉ: _____

Ký và ghi rõ tên của
Bác sĩ điều trị/ Bác sĩ phẫu thuật chính