

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH YÊU CẦU BỒI THƯỜNG QUYỀN LỢI Y TẾ

Quý khách vui lòng thực hiện theo hướng dẫn sau:

1. Thu thập hồ sơ yêu cầu bồi thường (YCBT):

- Quý khách vui lòng thu thập đầy đủ chứng từ theo yêu cầu của Công ty (*) được liệt kê ở cuối trang.

2. Gửi hồ sơ YCBT cho PCV qua một trong các hình thức sau:

2.1. Gửi file hình ảnh:

- Chụp hình/ scan tất cả những chứng từ YCBT với chất lượng hình ảnh tốt nhất (**).

- Gửi file hình ảnh hoặc bản scan những chứng từ đến hộp thư điện tử:
claimsubmission@pacificcross.com.vn.

- Quý khách sẽ nhận được thư xác nhận tự động ngay sau đó.

2.2. Gửi hồ sơ YCBT trực tiếp đến văn phòng PCV (Hà Nội, TP Hồ Chí Minh) theo địa chỉ ở cuối trang.

3. Nhận kết quả bồi thường trong vòng 5 ngày làm việc:

(sau khi Quý khách đã cung cấp đầy đủ chứng từ và thông tin theo yêu cầu của Công ty)

- Trường hợp hồ sơ YCBT của Quý khách chưa đủ thông tin/ chứng từ, PCV sẽ gửi thư điện tử cho Quý khách để hướng dẫn Quý khách cần cung cấp thông tin/ chứng từ bổ sung để hoàn tất thủ tục giải quyết bồi thường.

Ghi chú:

(*) Dưới đây là những chứng từ cần thiết để giải quyết YCBT của Quý khách.

- Đơn Thông báo tổn thất: vui lòng điền đầy đủ các thông tin, ký tên xác nhận và gửi **bản gốc** cho PCV
- Hình chụp/ file hình ảnh/ bản sao của Báo cáo y khoa/ Sổ khám bệnh/ Phiếu chỉ định/ Kế hoạch điều trị / các kết quả xét nghiệm, chụp chiếu, nội soi.
- Hình chụp/ file hình ảnh/ bản sao của Giấy ra viện (Đối với điều trị nội trú).
- Hình chụp/ file hình ảnh/ bản sao của Đơn thuốc.
- Hình chụp/ file hình ảnh/ bản sao của Bảng kê chi tiết chi phí y tế.
- Hóa đơn:
 - + Hóa đơn GTGT và hóa đơn điện tử đã chuyển đổi: vui lòng gửi **bản gốc** cho PCV.
 - + Hóa đơn điện tử chưa chuyển đổi: vui lòng **gửi đường link kèm mã số tra cứu** cho PCV.
- Những chứng từ hoặc thông tin khác có thể được PCV yêu cầu trong trường hợp cụ thể.

(**) Hình ảnh được chụp phải là hình màu và có thể đọc được. Bất kỳ chứng từ nào không thể đọc sẽ được PCV yêu cầu Quý khách chụp hình lại và có thể sẽ làm chậm trễ tiến trình giải quyết hồ sơ.

Vui lòng lưu ý: Công ty Pacific Cross Việt Nam (PCV) có quyền giải quyết lại hồ sơ với kết quả bồi thường mới nếu thông tin hoặc chứng từ bản gốc không giống với bản sao hoặc hình ảnh mà PCV đã nhận được trước đó.

CHỨNG TỪ BỒI THƯỜNG SẢN PHẨM DU LỊCH

Quý khách vui lòng thông báo tổn thất và gửi kèm chứng từ liên quan cho Công ty trong vòng 30 ngày kể từ ngày hết hạn hợp đồng bảo hiểm để được giải quyết bồi thường. Việc thông báo tổn thất có thể thực hiện bằng điện thoại và email.

CHỨNG TỪ CHUNG

- Đơn yêu cầu bồi thường.
- Giấy chứng nhận bảo hiểm Du lịch.
- Thẻ BHSK (nếu có áp dụng).
- Bản sao Hộ chiếu, Thị thực.
- Bản sao thẻ lên tàu bay.
- Thông tin đặt chỗ.

CHỨNG TỪ RIÊNG

1. Bồi thường tổn thất:

- Biên bản tường trình diễn biến vụ tổn thất (ngày giờ, địa điểm, nguyên nhân của sự việc) có xác nhận của Hãng vận chuyển/ Cảnh sát địa phương/ Cơ quan có thẩm quyền tại nơi xảy ra sự việc: khách hàng phải thông báo về việc mất mát/ thiệt hại trong vòng 24 giờ.
- Báo cáo về việc mất/ thiệt hại hành lý, tài sản từ Hãng vận chuyển/ Khách sạn.
- Văn bản xác nhận của Hãng vận chuyển hoặc Bên thứ 3 chịu trách nhiệm về số tiền có thể thu hồi.
- Danh sách các đồ vật bị mất/ thiệt hại; bao gồm chi tiết đồ vật, mẫu mã, số lượng, giá trị bằng tiền mặt.
- Chứng cứ bằng văn bản chứng minh về giá trị các đồ vật bị mất/ thiệt hại (như Bản gốc các Hóa đơn).
- Hóa đơn gốc sửa chữa hoặc thay thế cho đồ vật bị mất/ thiệt hại hoặc cấp lại giấy tờ du lịch (hộ chiếu, thị thực) có thể hiện ngày sửa chữa/ thay thế/ cấp lại.
- Chứng từ thể hiện việc thay thế là cần thiết.

2. Hành lý đến trễ:

- Hành trình chuyến đi.
- Xác nhận của Hãng vận chuyển về tình trạng của hành lý (Baggage Claim form: Biên bản bất thường đối với hành lý).
- Danh sách các vật dụng cá nhân, quần áo thiết yếu và các Hóa đơn mua hàng đi kèm.
- Biên nhận về việc ký gửi/ nhận lại hành lý có xác nhận của Hãng vận chuyển.

** Lưu ý: chỉ được xem xét khi xảy ra ở nước ngoài.*

3. Chuyển đi bị hủy/ rút ngắn:

- Hành trình chuyến đi dự kiến ban đầu.
- Biên bản tường trình về phần chuyến đi không sử dụng.

- Xác nhận bằng văn bản của Hãng vận chuyển về phần chuyển đi bị hủy, phí hủy chuyển và số tiền hoàn lại.
- Hóa đơn mua vé máy bay.
- Hóa đơn của khoản tiền đã thanh toán trước một phần/ toàn bộ.
- Hóa đơn khách sạn.
- Hóa đơn của việc đi lại bằng Phương thức vận chuyển thay thế.
- Báo cáo y tế/ Giấy chứng tử/ Biên bản tòa án/ Cơ quan kiểm dịch (nếu hủy chuyển do tử vong/ ốm đau nặng/thương tích nghiêm trọng/ là người làm chứng trong vụ kiện tụng/ bị kiểm dịch bắt buộc).
- Các chứng từ bổ sung chứng minh mối quan hệ với người thân (nếu có áp dụng).

4. Chuyển đi bị trì hoãn/ lỡ nối chuyển (transit):

- Hành trình chuyển đi dự kiến ban đầu.
- Văn bản về thông tin đặt chỗ có xác nhận của Hãng vận chuyển (thông tin chuyển bay, giờ khởi hành, số chuyển bay, tên hành khách...).
- Văn bản xác nhận của Hãng vận chuyển về chi tiết ngày - giờ; khoảng thời gian bị trì hoãn và nguyên nhân bị trì hoãn (nếu do Hãng vận chuyển).
- Văn bản xác nhận của Hãng vận chuyển về trễ chuyển do phương tiện vận chuyển công cộng tại nơi chuyển tiếp (nếu do Phương tiện vận chuyển công cộng).

5. Y tế/ tai nạn cá nhân:

- Báo cáo y tế liên quan đến lần điều trị yêu cầu bồi thường (nêu rõ bản chất và mức độ thương tích; thời gian của thương tích).
- Giấy chứng nhận/ giám định thương tích của cơ quan có thẩm quyền.
- Biên bản của cảnh sát và cơ quan điều tra (nếu có).
- Giấy chứng tử (trường hợp tử vong).
- Các kết quả cận lâm sàng.
- Giấy chứng nhận phẫu thuật (nếu có điều trị bằng phẫu thuật).
- Bảng kê chi tiết chi phí thăm khám, điều trị bệnh.
- Dịch vụ hỗ trợ cấp cứu đã sử dụng nếu có ví dụ như dịch vụ xe cứu thương (đã thông báo và được sự đồng ý cung cấp dịch vụ từ Bảo hiểm Hùng Vương).
- Bản gốc các hóa đơn có liên quan.

6. Trách nhiệm cá nhân:

- Văn bản khiếu nại về bản chất và tình trạng của sự việc (thời gian, địa điểm, tính chất sự việc).
- Số tiền yêu cầu bồi thường.
- Tất cả chứng từ liên quan với Bên khiếu nại thứ ba.
- Thông tin liên lạc của Bên khiếu nại thứ ba.
- Văn bản yêu cầu của tòa án/ yêu cầu tố tụng từ Bên thứ ba/ trao đổi pháp lý với luật sư (nếu có).

TRAVEL INSURANCE CLAIM FORM

Claim No. (Office use): _____

Please send all claims and inquiries to **Pacific Cross Vietnam**.

A. PARTICULARS OF CLAIMANT

Insurance Certificate No.: _____

Name of Claimant: _____ Date of birth (day/month/year): _____

Postal Address: _____

Passport or Government I.D. No.: _____

Phone No.: _____ Fax No.: _____ Email: _____

B. Please check the appropriate box and submit the required documents as per the claim procedures of the Company.

- | | |
|---|--|
| ☐ Medical Expenses and Emergency Assistance Benefit (<i>Please fill out Attending Physician's Statement Form found at the back</i>) | ☐ Mortal Remain Benefit |
| ☐ Hospital Cash Allowance | ☐ Baggage and Personal Effect |
| ☐ Additional Costs of Travel & Accommodation | ☐ Baggage Delay |
| ☐ Family Member Visit | ☐ Loss of Travel Document |
| ☐ Return of Children | ☐ Personal Money |
| ☐ Personal Accident Benefit | ☐ Travel Delay |
| | ☐ Curtailment of Trip or Cancellation |

C. Please give a short description of the circumstances giving rise to your claim (If space is insufficient, please attach additional details.)

Benefit: _____

Details: _____

Benefit: _____

Details: _____

D. OFFICIAL RECEIPTS SUBMITTED (If space is insufficient, please attach additional details.)

Official Receipt Number	Details of Payment (professional fees, medicines, baggage, etc.)	Amount (pls. specify currency)
TOTAL		

E. CLAIM PAYMENT DETAILS

- ☐ Cash
- ☐ Bank Transfer (please fill in the VND bank details below)

Account Holder's Name: _____ Account No.: _____

Bank Name: _____

Bank Address: _____

F. AUTHORITY and DECLARATION STATEMENTS

Authority: I hereby authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic, insurance company or other medical or medically related facility who has attended me to furnish to insurance company (or its representative) and permit the said insurance company (or its representative) to review any and all information requested with respect to any illness or accident, medical history, consultation, prescription, or treatment and copies of all hospital or medical records and the records of any governmental agency with which a report of any such accident or illness is lodged. I agree that a photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Declaration: I, the undersigned, hereby declare to the best of my knowledge and belief that the particulars stated on this form to be true and correct. I understand that if I fail to provide any information requested in this form, it may result in the inability of the Company to accept or process this claim.

Date (day/month/year)

Signed (Claimant or Parent if a minor)

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

☐ OUT-PATIENT

Date of Consultation: _____

☐ IN-PATIENT

Date Admitted: _____ Time: _____

Date Discharged: _____ Time: _____

(A) Diagnosis/es	(B) Date when symptoms first	(C) Date of first consultation for the condition	(D) Previous treatment done for the symptom / dianosis	
			Treatment Date	Name of Doctor & Hospital
1.				
2.				
3.				
4.				

(E) If condition is a complication, date when symptoms of its cause started (day/month/year): _____

(F) Name of Surgical Intervention (if any): _____

Any required post-operative consultations? ☐ Yes ☐ No If Yes, specify consultation dates: _____

(G) Any other disease or infirmity affecting present condition? ☐ Yes ☐ No

If yes, please describe: _____

(H) Is condition due to Dental problem, Pregnancy, Childbirth, Miscarriage or Sickness originating there from?

☐ Yes ☐ No If yes, please note the cause: _____

(I) Is the diagnosis in any way related to the ff: congenital/heredo-familial conditions/developmental abnormalities/birth defects/obesity? ☐ Yes ☐ No

(J) Do you consider this consultation as a continuous treatment for a chronic disease? ☐ Yes ☐ No

(K) Is this a Routine General Medical Examination or Vaccination? ☐ Yes ☐ No

(L) Is this condition accident-related? ☐ Yes ☐ No If yes, when did the accident happen? _____

Around what time: _____ What was the nature of the accident? _____

(M) Is Physiotherapy recommended? ☐ Yes ☐ No

(N) For Out-Patient: Is the condition related to a previous confinement? ☐ Yes ☐ No

If yes, specify confinement date: _____

Hospital: _____

Tel. No.: _____ Fax No.: _____

Address: _____

Signature over Printed Name of the
Main Attending Physician / Surgeon