

# TƯỜNG TRÌNH TAI NẠN

Kính gửi: .....

Họ và Tên: .....

Số hợp đồng: .....Mã số Người được bảo hiểm: .....

Ngày tháng năm sinh: .....

**Tường trình:**

Thời gian (giờ): .....

Ngày tháng năm: .....

Địa điểm: .....

Tường trình sự việc tai nạn đã xảy ra :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tên bệnh viện/phòng khám đã đến đầu tiên: .....

vào ngày: .....

1. Tôi cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.
2. Tôi cho phép các Nhân viên y tế, Lương y, Bác sĩ, các Cơ sở y tế, Công ty bảo hiểm, tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ hay có thông tin về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm được phép tiết lộ cho Dai-ichi Life Việt Nam hay Người đại diện của Công ty các thông tin mà Công ty yêu cầu
3. Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp bất kỳ thông tin nào không đúng sự thật trong bản tường trình này thì có thể dẫn đến việc Công ty sẽ không chấp nhận hoặc không xử lý hồ sơ yêu cầu bồi thường chi phí y tế của tôi.

....., Ngày: .....

**Người tường trình**  
*(ký và ghi đầy đủ họ tên)*