

Họ và tên: _____

Số hợp đồng: _____ Mã số: _____

Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): _____

Tường trình:

Thời gian (giờ): _____

Ngày: _____

Địa điểm: _____

Tường trình sự việc tai nạn đã xảy ra: _____

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

vào ngày: _____

Tôi, ký tên dưới đây, với sự hiểu biết và tin tưởng tốt nhất, xin cam đoan những điều đã trình bày là sự thật và đúng với những gì đã xảy ra.

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 (ngày/ tháng/ năm): _____

Người tường trình

(ký và ghi đầy đủ họ tên)

Xác nhận