

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