

GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM SỨC KHỎE CLAIM FORM

Thông tin của Người được bảo hiểm (Insured's information)

| | | |
|--|--|------------------|
| Tên Người được bảo hiểm (Insured's name) : | Ngày sinh (Date of birth):..... | Giới tính (Sex): |
| Thẻ bảo hiểm/Hợp đồng số (Certificate/Policy No.): | Số CMND/ Mã NV (ID Card No./Staff code No.): | |
| Là người thân của (Family Member's): | Tên Bên mua bảo hiểm (Policy holder): | |
| Số điện thoại di động (Cellphone No.) : | Email: | |

Thông tin về điều trị (Treatment information) :

| Tai nạn (Accident) | Bệnh tật/Thai sản (Disease/Maternity) |
|--|--|
| Ngày tai nạn (Date of accident) : | Nơi điều trị (Name of Hospital or clinic) : |
| Nơi xảy ra tai nạn (Place of accident) : | |
| Nguyên nhân tai nạn (Cause of accident) | Chẩn đoán (Diagnosis) : |
| | |
| Hậu quả tai nạn (Accident aftermath) | Hình thức điều trị (Type of treatment): |
| | <input type="checkbox"/> Ngoại trú (Outpatient) Ngày khám (Date of visit): |
| | <input type="checkbox"/> Nội trú (Inpatient) Từ ngày (Date of admission): |
| Số ngày nghỉ thực tế (Number of Days off-work) | Đến ngày (Date of discharge): |

Chi tiết hồ sơ phát sinh (Specification of claim)

| Chứng từ y tế (Medical documents) | Chứng từ kế toán (hóa đơn, biên lai...) (Invoice or receipt...) | Chứng từ khác (Other documents) |
|---|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Giấy ra viện (Discharge Form) | 1 <input type="checkbox"/> Hóa đơn (invoice) VND | 1 <input type="checkbox"/> Bảng chấm công (Staff In/out checking sheet) |
| 2 <input type="checkbox"/> Đơn thuốc (Prescription) | 2 <input type="checkbox"/> Biên lai (receipt) VND | 2 <input type="checkbox"/> Bảng lương (payroll sheet)..... |
| 3 <input type="checkbox"/> Phiếu xét nghiệm, X-quang (Test results) | 3 <input type="checkbox"/> Bảng kê chi tiết viện phí VND | 3 <input type="checkbox"/> Biên bản tai nạn (Accident Report) |
| 4 <input type="checkbox"/> Giấy chứng nhận phẫu thuật (Operation certificate) | 4 <input type="checkbox"/> Khác (others) VND | 4 <input type="checkbox"/> Giấy chứng tử (Death Certificate) |
| 5 <input type="checkbox"/> Sổ khám bệnh (Medical documents) | 5 <input type="checkbox"/> VND | 5 <input type="checkbox"/> Giấy khai sinh (Birth certificate) |
| 6 <input type="checkbox"/> Khác (others) | 6 <input type="checkbox"/> VND | 6 <input type="checkbox"/> Khác (others) |
| | TỔNG CỘNG (Total) : VND | |

Thông tin thanh toán (Payment Information)

- Họ tên Người Yêu cầu bồi thường /Name of claimant:.....

- Quan hệ với Người được bảo hiểm/ Relationship to Insured:.....

- Địa chỉ liên hệ/Address:.....Số ĐT/Tel:.....

- Email:.....

Vui lòng chọn hình thức nhận tiền bồi thường (Method of payment) :

Nhận tiền mặt (By Cash)

Họ tên người thụ hưởng (Beneficiary):

Số CMND (ID card No):

Ngày cấp (Date of issue):

Nơi cấp (Place of issue):

Chuyển khoản (By Bank transfer):

Họ tên người thụ hưởng (Beneficiary) :

Số TK (Account No):

Tên ngân hàng (Bank name):

Chi nhánh ngân hàng (Bank branch):

Phân cam kết (Declaration)

Tôi, với tư cách là người yêu cầu bồi thường, xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật, đề nghị Công ty bảo hiểm thanh toán tiền bồi thường cho tôi theo thông tin thanh toán đã cung cấp trên giấy yêu cầu bồi thường. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này. Tôi cũng đồng ý rằng với giấy yêu cầu này, tôi cho phép Công ty bảo hiểm và đại diện của họ tiếp xúc với các bên thứ ba để thu thập thông tin cần thiết cho việc xét bồi thường này bao gồm, nhưng không giới hạn ở các bác sỹ đã và đang điều trị cho tôi.

(I, as the claimant, hereby certify that the information given above is true and correct to the best of my knowledge and belief, and make a claim to the benefits of the insurance with the Insurer with method of payment stated above. I hereby accept full responsibility and bear any liability if there is any beneficiary dispute. I also agree that by completing this form, I am providing my consent for the Insurer and their representatives to obtain and exchange information with other parties, including but not limited to the current and previous Medical Practitioners, in order to administer this benefit claim and any other services necessary in the administration of our benefits.

| | | |
|--|--|---|
| Họ tên, chữ ký của người Yêu cầu bồi thường (Fullname, signature of Claimant) | | Xác nhận của Bên mua bảo hiểm (Confirmation of Policyholder & Stamp) |
| Ngày (date): | | Ngày (date): |