



## CLAIM FORM (Giấy yêu cầu bồi thường)

(Xin vui lòng gửi **tất cả** các chứng từ hoá đơn mà trong đó ghi rõ **tên bệnh nhân, chẩn đoán bệnh, ngày khám bệnh, liệt kê chi tiết các chi phí với chữ ký và có đóng dấu của cơ sở y tế**) (Please submit documents which clearly indicate name of patient, diagnosis, date of consultation, charges breakdown with the attending physician's chop and signature).

Policyholder (Chủ hợp đồng):	Policy No (Hợp đồng bảo hiểm số):
------------------------------	-----------------------------------

### A. Personal information (Thông tin cá nhân)

Name of the Patient (Tên người được bảo hiểm – Bệnh nhân):	Relevant employee (Tên nhân viên):
D.O.B of Insured (Ngày sinh NĐBH):	Employee No (Mã số nhân viên):
Level (Mức bảo hiểm):	Job Title (Chức danh):
	Email:
	Tel No. (Điện thoại):

### B. Payment (Thanh toán)

Total amount claimed: (Chi phí y tế được yêu cầu bồi thường)	Bank transfer (Chuyển Khoản) <input checked="" type="checkbox"/> Cash (Tiền mặt): <input type="checkbox"/>
Number of Days off-work: (Số ngày nghỉ yêu cầu bồi thường)	Account No (Số tài khoản):
	Bank name (Tên Ngân hàng):
	Bank address (Địa chỉ Ngân hàng):
	Beneficiary (Người thụ hưởng):

### C. Treatment information (Thông tin về điều trị):

Date of visit or Date of accident (Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn):	
Medical conditions or Diagnosis / Cause of accident (Chẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn):	
Name of Hospital or clinic (Địa chỉ bệnh viện hay phòng khám):	
Date of admission (Ngày nhập viện):	Date of discharge (Ngày xuất viện):

**Important!** (Lưu ý kiểm tra hướng dẫn dưới đây trước khi đi khám và gửi hồ sơ bồi thường!)

<b>1. Out-patient (Khám ngoại trú):</b> - Prescriptions (Đơn thuốc): Xin dấu của cơ sở y tế và ghi rõ tên bệnh nhân - Medical book (Sổ khám bệnh): Ghi rõ chuẩn đoán bệnh và tên bệnh nhân - Invoices (Hoá đơn): Hoá đơn hợp lệ có liệt kê chi phí y tế và chi tiết số lượng & đơn giá thuốc - Test, X-ray result (Kết quả xét nghiệm chụp chiếu)	<b>2. In-patient (Nằm viện)</b> - Hospital discharge (Giấy ra viện) - Surgery report (Phiếu mổ): Trường hợp phẫu thuật - Documents and in invoices similar to Out-patient (Các hồ sơ & hóa đơn ở mục khám ngoại trú)	<b>3. Accident (Tai nạn):</b> - Doctor proposal for Days off-work (Chỉ định nghỉ ốm của bác sĩ) - Attendance card (Bản chấm công): Hoặc xác nhận của công ty - Incident report (Biên bản sự việc) - Driving license (Giấy phép lái xe) - Others (Chứng từ khác)
---	---	--

I, claimant, hereby declare that the above information is correct to the best of my knowledge and belief.  
(Tôi, với tư cách là người yêu cầu bồi thường xin cam đoan những lời khai trên đây là đúng sự thật)

I also understand that this declaration gives permission the insurer and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners. (Tôi cũng đồng ý rằng với giấy yêu cầu này, tôi cho phép Cty 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 sĩ đã và đang điều trị cho tôi).

Tôi cũng đề nghị công ty bảo hiểm thanh toán tiền bồi thường cho tôi vào tài khoản như thông tin tài khoản trên giấy yêu cầu bồi thường. Tôi xin chịu trách nhiệm hoàn toàn trước pháp luật nếu có bất cứ tranh chấp nào về quyền thụ hưởng số tiền này.

Date (ngày):  
Signature of insured  
(Chữ kí & họ tên của người yêu cầu)

Date (ngày):  
Signature of Policy holder & Stamp  
(Chữ kí và dấu của đơn vị được bảo hiểm)

## SPECIFICATION OF MEDICAL EXPENSES (Bảng kê chi phí phát sinh)

**Name of the Claimant:**

Người yêu cầu bồi thường:.....

No. STT	Invoices/receipt date Ngày cấp hóa đơn	Amount Số tiền
<b>Total:</b> <b>Tổng cộng:</b>		<b>In Number:</b> <b>In word:</b>