

HƯỚNG DẪN ĐIỀN MỘT SỐ THÔNG TIN TRONG CLAIM FORM

(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: **CÔNG TY TNHH HUMAX VINA**
(Tổ chức được bảo hiểm)

Policy No: [**MÃ SỐ HỘ / POLICY CODE TRÊN THẺ**]
(Hợp đồng bảo hiểm số)

A. Personal information (Thông tin cá nhân)

Name of the Patient (Tên người được bảo hiểm):

[**TÊN NHÂN VIÊN / TÊN NGƯỜI THÂN**]

Level (Mức bảo hiểm): [**ĐỂ TRỐNG**]

Employee No (Mã số nhân viên): [**MÃ NĐBH / POLICYHOLDER CODE CỦA NHÂN VIÊN TRÊN THẺ**]

Relevant employee (Tên nhân viên): [**TÊN NHÂN VIÊN**]

Date of Birth (Ngày sinh): [**NGÀY SINH NHÂN VIÊN**]

Email: [**EMAIL NHÂN VIÊN**]

Tel No (Điện thoại): [**SĐT NHÂN VIÊN**]

B. Payment (Thanh toán)

Total amount claimed:

(Chi phí y tế được yêu cầu bồi thường)

[**SỐ TIỀN CẦN ĐƯỢC BỒI THƯỜNG**]

Number of Days off-work:

[**SỐ NGÀY NẢM VIỆN DO BỆNH / TAI NẠN**]
(Số ngày nghỉ tại nạn thực tế)

Bank transfer (Chuyển Khoản) ☐

Cash (Tiền mặt): ☐

Account No (Số tài khoản):

Bank name (Tên Ngân hàng):

Bank address (Địa chỉ Ngân hàng):

Beneficiary (Người thụ hưởng):

[**THÔNG TIN VỀ CÁCH THỨC BỒI THƯỜNG**]

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

Date of visit or Date of accident (Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn): [**NGÀY KHÁM / XẢY RA TAI NẠN**]

Medical conditions or Diagnosis / Cause of accident (Chẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn): [**CHUẨN ĐOÁN BỆNH GÌ?**]

Name of Hospital or clinic (Địa chỉ bệnh viện hay phòng khám): [**ĐỊA CHỈ KHÁM**]

Date of admission (Ngày nhập viện):

Date of discharge (Ngày xuất viện):

[**NEU ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ: BỎ QUA DATE OF ADMISSION VÀ DATE OF DISCHARGE**]

Date (ngày):

Signature of the Claimant

(Chữ ký và họ tên của người yêu cầu bồi thường. Nhân viên chỉ ký thay người nhà nếu người nhà < 18 tuổi)

Date (ngày):

Signature of Policyholder & Stamp

(Chữ ký và dấu của đơn vị được bảo hiểm)

KHÔNG CẦN CHỮ KÝ VÀ DẤU TỪ HUMAX VINA

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

Name of the Claimant: [**TÊN NHÂN VIÊN / TÊN NGƯỜI THÂN**]

Người yêu cầu bồi thường:

→ PHẦN BẢNG KÊ PHÍA DƯỚI, ANH / CHI ĐIỀN NGÀY CẤP CÁC HÓA ĐƠN

VÀ GHI RÕ SỐ TIỀN CẦN BỒI THƯỜNG Ở CỘT BÊN

[illegible]