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: Công Ty BHNT Dai-ichi Việt Nam  (*Chủ hợp đồng bảo hiểm)* | Policy No: 0000018/ CN.4.5/024/ 2023  *(Hợp đồng bảo hiểm số)* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Name of the claimant (*Tên người yêu cầu bồi thường):* HOÀNG NGỌC TUỆ NHI | Level (*Mức bảo hiểm)*: |
| Employee No (Mã số nhân viên): E3543 |
| Relevant employee (*Tên* *nhân viên):* HOÀNG QUỐC MỸ | Date of Birth (*Ngày sinh)*: 16/02/2023 |
| Email: [hoangquocmy@gmail.com](mailto:hoangquocmy@gmail.com) | Tel No (*Điện thoại)*: 0969562192 |

**B. Payment (Thanh toán)**

|  |  |
| --- | --- |
| Total amount claimed: 520.580 đ  *(Chi phí y tế yêu cầu bồi thường)* | Bank transfer (Chuyển Khoản)  Cash (*Tiền mặt*):  Account No (Số tài khoản): 060252944470 |
|  | Bank name(Tên Ngân hàng): NH TMCP Sài Gòn Thương Tín |
| Number of Days off-work claimed:  *(Số ngày nghỉ yêu cầu bồi thường*) | Bank address (Địa chỉ Ngân hàng): CN HCM |
|  | Beneficiary (Người thụ hưởng): HOÀNG QUỐC MỸ |

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

|  |
| --- |
| Date of visit or Date of accident (*Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn):* 31/07/2023    Medical conditions or Diagnosis / Cause of accident *(Chẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn):* chậm đạt các mốc phát triển  Name of Hospital or clinic (*Địa chỉ bệnh viện hay phòng khám*): Bệnh Viện Nhi Đồng 2, 14 Lý Tự Trọng, Phường Bến Nghé, Quận 1  Date of admission (*Ngày nhập viện*): 31/07/2023 Date of discharge (*Ngày xuất viện*): 31/07/2023 |
| I, claimant, hereby declare that the above information is correct to the best of my knowledge and belief.  (Tôi, với tư cách là người đòi 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): 01/01/2024* | *Date (ngày): 01/01/2024* | *Date (ngày):* | | **Signature & full name of the Insured**  (Chữ ký & họ tên của người được bảo hiểm) | **Signature & full name of the employee**  (Chữ ký & họ tên của nhân viên) | **Signature & full name of Policy holder**  Xác nhận của Chủ hơp đồng bảo hiểm |     ***Lưu ý :***  *Only Insured under 18 year olds is authorized for parent’s signature. Nhân viên chỉ ký thay cho con dưới 18 tuổi.*  *Claim documents should be submitted as soon as possible, no later than 120 days from the date of treatment.*  *Thời hạn gửi hồ sơ: càng sớm càng tốt, không muộn hơn 120 ngày kể từ ngày khám/điều trị* | |
|  | |

**Bảng kê chi phí phát sinh**

Name of the Insured:

*Người được bảo hiểm:* HOÀNG NGỌC TUỆ NHI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.**  ***Số*** | Invoices/receipt date ***Ngày cấp hóa đơn*** | Amount ***Số tiền*** |
|
| 00840623 | 31/07/2023 | 150.000 |
| 00840711 | 31/07/2023 | 120.000 |
| 00849967 | 02/08/2023 | 250.280 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Tổng cộng*** | | **520.280 Đ** |

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
| **1.Giấy yêu cầu bồi thường:** Người được bảo hiểm ký ghi rõ họ tên.  **2.Phiếu khám/ Sổ khám/ Đơn thuốc.**  -Ghi rõ chẩn đoán, kết luận bệnh của bác sỹ (Đóng dấu).  -Chỉ định và kết quả xét nghiệm, chiếu chụp (nếu có xét nghiệm/chiếu chụp).  -Phiếu khám răng cần có chi tiết các ngày điều trị, nội dung điều trị và chẩn đoán bệnh, phim chụp (Với điều trị răng)  **3.Đơn thuốc.**  -Tên thuốc, số lượng, ngày kê (Đóng dấu). Nếu sửa chữa cần có bác sỹ điều trị ký tên và đóng dấu & ghi rõ họ tên bác sỹ.  (\*) Lưu ý: Mỹ phẩm, thực phẩm chức năng và thuốc bổ không trực tiếp phục vụ việc điều trị bệnh nằm ngoài phạm vi bồi thường.  4**. Giấy ra viện (Điều trị nội trú)**: Có đóng dấu bệnh viện. Nếu có sửa chữa cần có xác nhận & đóng dấu của bệnh viện.  (\*) Lưu ý: -Trường hợp lưu viện trong ngày tại phòng khám/ bệnh viện quốc tế chỉ để nội soi hay thực hiện các thủ thuật chuẩn đoán được thanh toán theo quyền lợi ngoại trú.  - Không thanh toán cho các chi phí phòng VIP, phòng đặc biệt ở các bệnh viện tư và quốc tế.  **5. Phiếu phẫu thuật** (Trong trường hợp phẫu thuật và sinh mổ), ghi rõ phương pháp phẫu thuật và điều trị .  **6. Biên lai/ Hóa đơn hợp pháp.**  -Hóa đơn tài chính (HĐTC) hoặc “Biên lai thu tiền phí, lệ phí” theo mẫu của Bộ Tài chính với chi phí trên 200,000 đồng (Có liệt kê nội dung chi phí hoặc Bảng kê kèm theo), ghi tên người mua hàng là người được bảo hiểm, người bán ký tên đóng dấu và người mua ký ghi rõ họ tên .  -Hóa đơn bán lẻ có dấu Cơ sở y tế/Nhà thuốc cho chi phí dưới 200,000 đồng (có nội dung chi phí).  (\*) Mua thuốc không quá 05 ngày kể từ ngày được kê đơn. HĐTC phải được xuất ngay tại thời điểm khám/mua thuốc hoặc trong cùng tháng đó. Trường hợp HĐTC xuất sau ngày khám/mua thuốc cần cung cấp Phiếu thu/Phiếu xuất thuốc của ngày khám/mua thuốc thực tế ;  (\*) Nếu có sửa chữa, khác màu mực… cần đóng dấu xác nhận lên chỗ bị sửa chữa.  (\*) Phòng khám tư & bác sỹ không được phép bán thuốc.  **7.Tai nạn (**Các tài liệu khác theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm)**:**  -Chỉ định cho nghỉ của bác sĩ ( Giấy ra viện, giấy chứng nhận nghỉ việc hưởng BHXH…)  - Bản chấm công có xác nhận của công ty.  - Copy bằng lái xe với TNGT và Bản sao “Biên bản giải quyết tai nạn giao thông” nếu có công an thụ lý.  - Bản tường trình tai nạn ghi ngày xảy ra tai nạn, nơi xảy ra, nguyên nhân, lấy xác nhận & ký tên của người làm chứng nếu có. |