

## ĐƠN YÊU CẦU BẢO LÃNH VIỆN PHÍ (REQUEST FOR A GUARANTEE OF PAYMENT)

TRANG 1/2 (PAGE 1/2)

### A. CHI TIẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (DETAILS OF THE INSURED PERSON)

Tên Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

*Insured person's name*

Số hợp đồng bảo hiểm (Policy No.): \_\_\_\_\_ Mã số (Member No.): \_\_\_\_\_

### B. TƯỜNG TRÌNH CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (Hoặc cha mẹ nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi) (STATEMENT BY THE INSURED PERSON (By Parent when Insured Person is under 18 years old))

#### 1. Nếu là thăm khám/ điều trị do một bệnh (If as a visit/ treatment for an illness)

(a) Bệnh xuất hiện lần đầu tiên khi nào? *When did the illness first appear?* \_\_\_\_\_

(b) Lần đầu tiên đến bác sĩ tham vấn cho bệnh này là khi nào (ngày/tháng/năm)?  
*When did you first consult the doctor on this illness (date/month/year)?* \_\_\_\_\_

(c) Nơi đầu tiên đến khám/ điều trị (tên của bệnh viện/ phòng khám)? *Where was the first visit/ treatment (name of hospital/ clinic)?* \_\_\_\_\_

#### 2. Nếu là thăm khám/ điều trị do một tai nạn (If as a visit/ treatment for an Accident)

(a) Tai nạn xảy ra khi nào (ngày/tháng/năm)? *When did the accident occur (day/month/year)?* \_\_\_\_\_

(b) Tai nạn xảy ra ở đâu?  
*Where did the accident occur?* \_\_\_\_\_

(c) Vui lòng mô tả ngắn gọn hoàn cảnh xảy ra tai nạn (please state occurrence of the incident)  
\_\_\_\_\_

(d) Thời gian thăm khám/ điều trị lần đầu tiên là khi nào (ngày/tháng/năm)?  
*When was the first visit/ treatment (day/month/year)?* \_\_\_\_\_

(e) Nơi đầu tiên đến khám/ điều trị (tên bệnh viện/ phòng khám)?  
*Where was the first visit/ treatment (name of hospital/clinic)?* \_\_\_\_\_

(f) Có biên bản của cảnh sát không? Có ☐ Không ☐ . Nếu có, vui lòng cung cấp biên bản của cảnh sát cho chúng tôi  
*Have the report of the police office? Yes No . If yes, please provide the police's report for us*

### C. ỦY QUYỀN & CAM KẾT (AUTHORIZATION & DECLARATION)

Tôi ủy quyền cho bất kỳ bác sĩ, bệnh viện, phòng khám, công ty bảo hiểm hoặc cơ sở y tế nào đã tham gia chăm sóc tôi, cung cấp cho Công ty bảo hiểm (hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) và cho phép Công ty bảo hiểm nói trên (hoặc Đại diện Công ty bảo hiểm) xem xét bất kỳ và tất cả những thông tin được yêu cầu đối với bất kỳ bệnh tật hoặc tai nạn nào, bệnh sử, hội chẩn, toa thuốc hoặc điều trị và bản sao tất cả hồ sơ của bệnh viện hoặc hồ sơ y tế và hồ sơ của bất kỳ cơ quan nhà nước nào có liên quan đến tai nạn hoặc bệnh tật đó.

Tôi đồng ý rằng bản sao chụp của mục ủy quyền này có giá trị và hiệu lực như bản gốc

Tôi, ký tên dưới đây, cam kết rằng những khai báo trong đơn này là đúng sự thật. Tôi hiểu rằng nếu tôi không cung cấp bất cứ thông tin nào được yêu cầu trong đơn này thì có thể dẫn đến việc Công ty không thể xem xét giải quyết yêu cầu bồi thường này.

*I hereby authorize any licensed physician, medical practitioner, hospital, clinic, insurance company or other medical or medically related facility who has attended me to furnish to insurance company (or its representative) and permit the said insurance company (or its representative) to review any and all information requested with respect to any illness or accident, medical history, consultation, prescription, or treatment and copies of all hospital or medical records and the records of any governmental agency with which a report of any such accident or illness is lodged. I agree that a photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.*

*I, the undersigned, hereby declare to the best of my knowledge and belief that the particulars stated on this form to be true and correct. I understand that if I fail to provide any information requested in this form, it may result in the inability of the Company to accept or process this claim.*

Ngày (ngày/ tháng/ năm)  
*Date (day/month/year)*

Ký tên (Sign)  
(Người được bảo hiểm; hoặc cha mẹ nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi)  
*(Insured Person; or Parent if an Insured Person is under 18 years old)*

**ĐƠN YÊU CẦU BẢO LÃNH VIỆN PHÍ**  
**(REQUEST FOR A GUARANTEE OF PAYMENT)**

TRANG 2/2 (PAGE 2/2)

**D. BÁO CÁO CỦA BÁC SĨ THAM GIA ĐIỀU TRỊ (ATTENDING PHYSICIAN REPORT)**

Chẩn đoán (Diagnosis): \_\_\_\_\_

Bệnh khác kèm theo (Other illness): \_\_\_\_\_

Nguyên nhân nhập viện (Reasons for admission): \_\_\_\_\_

Triệu chứng (Symptom): \_\_\_\_\_

Ngày khám đầu tiên (First consultation date): \_\_\_\_\_

Phương pháp điều trị (Treatment plan): \_\_\_\_\_

☐ Nội trú (In Patient)

☐ Ngoại trú (Out Patient)

☐ Phẫu thuật (Surgery)

Ngày nhập viện (có thể dự kiến) (Date of admission (can be expected)): \_\_\_\_\_

Ngày xuất viện (có thể dự kiến) (Date of discharge (can be expected)): \_\_\_\_\_

**E. CHI TIẾT BẢO LÃNH VIỆN PHÍ (DETAILS OF GUARANTEE)**

Tiền phòng/ Giường (Room and Board/ Bed)	
Chỗ ở của cha mẹ (Parent accommodation)	
Phòng hồi sức cấp cứu, phòng chăm sóc đặc biệt và phòng mổ Intensive Care Unit, Coronary Care Unit and Operating Room	
Tiền thuốc (Medication)	
Xét nghiệm lâm sàng (Lab tests)	
Chi phí phẫu thuật/ thủ thuật (Surgery/ procedure fee)	
Chi phí gây mê (Anaesthetist's fee)	
Chi phí trả cho y tá riêng (Private Nurse)	
Các chi phí khác (Other)	
<b>Tổng chi phí bảo lãnh (Total amount)</b>	

\_\_\_\_\_  
Xác nhận của bệnh viện (bác sĩ điều trị/ nhân viên phòng bảo lãnh)  
Confirmation of the hospital (attending physician/ insurance department' staff)

**F. KẾT QUẢ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ - DÀNH CHO PACIFIC CROSS VIỆT NAM**

**RESULTS OF GOP - ONLY FOR PACIFIC CROSS VIETNAM**

☐ Chấp nhận bảo lãnh: Thư bảo lãnh viện phí được gửi đính kèm (Accepted: GOP acceptance letter is attached)

☐ Khách hàng tự thanh toán và gửi hồ sơ yêu cầu bồi thường cho công ty (Client can Pay and Claim)

☐ Điều trị không được bảo hiểm (Treatment is not covered)

GHI CHÚ (NOTE): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Được xem xét bởi (Processed by)

Được chấp thuận bởi (Approved by)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_