

CLAIM FORM

(Giấy yêu cầu bồi thường)

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

Policyholder: Policy No: AD0039/xxI708303

(Chủ hợp đồng bảo hiểm) (Hợp đồng bảo hiểm số)

A. Personal information (Thông tin cá nhân)

Name of the claimant (*Tên người yêu cầu bồi thường*):

Level (*Mức bảo hiểm*):

HỒ NGỌC KIM TRANG

Employee No (Mã số nhân viên)

Relevant employee (*Tên nhân viên*): HÔ NGỌC KIM TRANG

Date of Birth (*Ngày sinh*): 24/10/1991

Email: trangho2410@gmail.com Tel No (Điện thoại): 0938.380.920

Bank transfer (Chuyển Khoản)

B. Payment (Thanh toán)

Total amount claimed:

(Chi phí y tế yêu cầu bồi thường)

Account No(Số tài khoản): 0511000421787

☑ Cash (*Tiền mặt*):

4.364.473 VNĐ

Bank name(Tên Ngân hàng): VIETCOMBANK

Number of Days off-work claimed: (Số ngày nghỉ yêu cầu bồi thường)

Bank address(Địa chỉ Ngân hàng): Chi nhánh Quận 5, TP.HCM

Beneficiary(Người thụ hưởng): HÔ NGỌC KIM TRANG

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

Date of visit or Date of accident (Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn):

<mark>Medical conditions or Diagnosis</mark> / Cause of accident *(Chẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn): Đẻ thường ngôi đâu*

Name of Hospital or clinic (*Địa chỉ bệnh viện hay phòng khám*): Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Cai Lậy, Phường 4,

Thị xã Cai Lậy, Tỉnh Tiền Giang.

Date of admission (*Ngày nhập viện*): **04/12/2020** Date of discharge (*Ngày xuất viện*): **08/12/2020**

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 vào tài khoản như thông tin tài khoản 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

Date (ngày): **23/12/2020**Signature & full name of the Insured
(Ký và ghi rõ họ tên người được bảo

Date (ngày): 23/12/2020
Signature & full name of the employee
Ký và ghi rõ ho tên nhân viên

Date (ngày): 23/212/2020
Signature & full name of Policyholder & Stamp
(Chữ ký, họ tên của chủ hợp đồng BH
Xác nhận người yêu cầu bồi thường đúng là người
được công ty mua bảo hiểm và đề nghị công ty
bảo hiểm chuyển tiền theo yêu cầu trên)

HÖ NGOC KIM TRANG

HÔ NGỌC KIM TRANG

HÖ NGOC KIM TRANG



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

Name of the Insured:

Người được bảo hiểm:

No.	Invoices/receipt date <i>Ngày cấp hóa đơn</i>	Amount Số tiên
1	08/12/2020	4.364.473 VNĐ
		In Number: 4.364.473
Total		In word: Bốn triệu, ba trăm sáu mươi tư ngàn, bốn trăm
Tổng cộng		bảy mươi ba ngàn đông.

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

1. Out-patient (Khám ngoại trú):

- Prescriptions/ Medical Book (Đơn thuốc/ Sổ khám bệnh): có dấu của cơ sở y tế
- Invoices (Hoá đơn): hợp lệ, có liệt kê nội dung thanh toán, chi tiết số lượng & đơn giá thuốc (nếu là hóa đơn thuốc)
- Surgery report (Phiếu mổ): Trong trường hợp phẫu thuật
- Test results (kết quả xét nghiệm)

2. In-patient (Nằm viện)

- Hospital discharge (Giấy ra viện)
- Specification of hospital charges (bảng kê viện phí)
- Invoices (hóa đơn)
- Test results (kết quả xét nghiệm)

3. Accident (Tai nan):

- Doctor proposal for Days off-work (Chỉ định cho nghỉ của bác sĩ)
- Attendance card (Bản chấm công): Hoặc xác nhận của công ty
- Incident report (Biên bản sự việc)
- Driving license(Copy bằng lái xe)
- Invoices (hóa đơn)
- Test results (kết quả xét nghiệm)