**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)*: **VŨ XUÂN LINH** Policy No. | Policy No/Card No *(Số thẻ/ Số Hợp đồng bảo hiểm)*: **P-17/TLO/CNG/6901/0004** *(Hợp đồng bảo hiểm số):* |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Name of the Patient (*Tên người được bảo hiểm – Bệnh nhân):*  **VŨ NAM ANH**  D.O.B of Insured (*Ngày sinh NĐBH)*: **31/08/2015**  Level (Mức bảo hiểm) **Single Plus 1** | Relevant employee (*Tên* *nhân viên):* |
| **VŨ XUÂN LINH**  Employee No (Mã số nhân viên)  Job Title (Chức danh): **Data operations support**  Email:  lvu@worldquant.com  Tel No. *(Điện thoại):*  094 653 2186 |

**B. Payment (Thanh toán)**

|  |  |
| --- | --- |
| Total amount claimed:  *(Chi phí y tế được yêu cầu bồi thường)* | Bank transfer (Chuyển Khoản) x Cash (*Tiền mặt*):  Account No(Số tài khoản):  **33993388-001** |
| **1.380.500** | Bank name(Tên Ngân hàng): **Ngân hàng TMCP Tiên Phong CN Trung Hòa Nhân Chính** |
| Number of Days off-work:  *(Số ngày nghỉ yêu cầu bồi thường)* | Bank address(Địa chỉ Ngân hàng): **Tầng 1, tòa nhà 24 T1, Khu đô thị mới Trung Hòa - Nhân Chính, Quận Thanh Xuân, Hà Nội** |
| **0** | Beneficiary(Người thụ hưởng): **VU XUAN LINH** |

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

|  |
| --- |
| Date of visit or Date of accident (*Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn):*  **12/07/2017**  Medical conditions or Diagnosis / Cause of accident *(Chuẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn):*  **Viêm mũi xuất tiết – Viêm VA – Viêm Amidan cấp mủ - Viêm tai giữa ứ dịch bên trái**  Name of Hospital or clinic(*Địa chỉ bệnh viện hay phòng khám*):  **Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc**  Date of admission (*Ngày nhập viện*): **12/07/2017** Date of discharge (*Ngày xuất viện*):  **12/07/2017** |

***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(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)* | ***2. In-patient (Nằm viện)***  *- 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)* | ***3. Accident (Tai nạn):***  *- 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 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):*       21/07/2017 *Date (ngày):*     21/07/2017  Signature of insured/Claimant Signature of Policy holder & Stamp  *(Chữ kí & họ tên của NĐBH/Người yêu cầu) (Chữ kí và dấu của đơn vị được 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 180 days from the date of treatment.*  *Thời hạn gửi hồ sơ: càng sớm càng tốt, không muộn hơn 180 ngày kể từ ngày khám/điều trị.* |

**Bảng kê chi phí phát sinh**

Name of the Insured/ *Tên Người được bảo hiểm:* ***VŨ NAM ANH***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.**  ***STT*** | Invoices/receipt date ***Ngày cấp hóa đơn*** | Amount ***Số tiền*** |
|
| 1 | 12/07/2017 | 637.500 |
| 2 | 12/07/2017 | 743.000 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ***Tổng cộng: 1380.500 (Một triệu ba trăm tám mươi nghìn năm trăm đồng)*** | | d |

**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.***

*- 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 không được chi trả.*

*4****. Giấy ra viện (Điều trị nội trú)*** *: 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 chẩn 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 VAT hoặc “Biên lai thu tiền phí, lệ phí” theo mẫu của Bộ Tài chính với chi phí >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, chữ ký người bán, người mua hàng.*

*-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. Cung cấp Phiếu xuất thuốc của ngày mua thuốc nếu Hóa đơn xuất sau ngày khám/mua thuốc*

*(\*) Nếu có sửa chữa, khác màu mực…cần xin cấp lại hóa đơn.*

***7.Tai nạn***

*- Tường trình tai nạn ghi ngày xảy ra tai nạn, địa điểm, nguyên nhân, lấy xác nhận của người làm chứng nếu có.*

*- Copy bằng lái xe với TNGT và Bản sao “Biên bản giải quyết tai nạn giao thông” nếu có công an thụ lý.*

*- Các tài liệu khác theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm*