

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):	Policy No (Hợp đồng bảo hiểm số):
Policy No.	(Hợp đồng bảo hiểm số):

A. Personal information (Thông tin cá nhân)

Name of the Patient (Tên người được bảo hiểm – Bệnh nhân):	Relevant employee (Tên nhân viên):
D.O.B of Insured (Ngày sinh):	Employee No (Mã số nhân viên)
Level (Mức bảo hiểm)	Job Title (Chức danh):
Tel No. (Điện thoại):	Email:

B. Payment (Thanh toán)

Total amount claimed: (Chi phí y tế được yêu cầu bồi thường)	Bank transfer (Chuyển Khoản) <input type="checkbox"/> Cash (Tiền mặt): <input type="checkbox"/>
	Account No(Số tài khoản):
	Bank name(Tên Ngân hàng):
Number of Days off-work: (Số ngày nghỉ yêu cầu bồi thường)	Bank address(Địa chỉ Ngân hàng):
	Beneficiary(Người thụ hưởng):

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

Date of visit or Date of accident (Ngày khám bệnh hoặc ngày xảy ra tai nạn):	
Medical conditions or Diagnosis / Cause of accident (Chẩn đoán bệnh / Nguyên nhân tai nạn):	
Name of Hospital or clinic(Tên bệnh viện hay phòng khám):	
Date of admission (Ngày nhập viện):	Date of discharge (Ngày xuất viện):

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): <ul style="list-style-type: none">- Prescriptions (Đơn thuốc): có đầy đủ chữ ký & họ tên của bác sĩ, dấu của cơ sở y tế và ghi rõ tên bệnh nhân- Medical book (Sổ khám/Phiếu khám): Ghi rõ chẩn đoán bệnh tên bệnh nhân; chữ ký & tên đầy đủ của Bác sĩ- Chỉ định & Kết quả xét nghiệm, chiếu chụp liên quan- Chi tiết các Răng điều trị & phương pháp điều trị, Phim chụp răng (với điều trị Răng)- Invoices (Hoá đơn): Hoá đơn hợp lệ có liệt kê chi tiết nội dung chi phí hoặc kèm Bảng kê chi tiết	2. In-patient (Nằm viện) <ul style="list-style-type: none">- Hospital discharge (Giấy ra viện)- Surgery report (Phiếu mổ): Trong trường hợp phẫu thuật/tiểu phẫu- Documents and in invoices similar to Out-patient (Các hồ sơ & hóa đơn ở mục khám ngoại trú)	3. Accident (Tai nạn) <ul style="list-style-type: none">- Incident report (Biên bản sự việc)- Driving license (Copy giấy phép lái xe): nếu là Tai nạn giao thông- Doctor proposal for Days off-work (Chỉ định cho nghỉ của bác sĩ)- Attendance card (Bảng chấm công):- 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):

Signature of insured
(Chữ ký & họ tên của Người được BH)

Date (ngày):

Signature of employee
(Chữ ký & họ tên của Nhân viên)

Date (ngày):

Signature of Policy holder & Stamp
(Chữ ký và dấu của đơn vị được bảo hiểm)

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

Name of the Claimant:

Người yêu cầu bồi thường:.....

No. STT	Invoices/receipt date Ngày cấp hóa đơn	Amount Số tiền
Total Tổng cộng		In Number: In word:

IMPORTANT NOTES/ MỘT SỐ LƯU Ý CHUNG

- Medical documents & Invoices should be stamped by Providers Các giấy tờ y tế, hóa đơn phải có dấu của Bệnh viện hoặc Phòng khám.
- Prescription should be bought no later than 5 days after indicated by Doctor Mua thuốc không quá 05 ngày kể từ ngày được kê đơn.
- VAT invoices must be issued at the date of consultation/buying medicine. HĐTC phải được xuất ngay tại thời điểm khám/mua thuốc.
In case VAT Invoices are late issued, pls provide receipts of actual treatment/ buying date. Nếu HĐTC xuất sau ngày khám/mua thuốc cần kèm Phiếu thu/Phiếu xuất thuốc của ngày khám/mua thuốc thực tế.
- Copy medical documents may be accepted with Company's True copy stamp Nếu cung cấp bản sao chứng từ y tế, vui lòng đóng dấu giáp lai/sao y của Công ty/Tổ chức
- 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.