

**Medical - Claim Form**  
**Yêu cầu bồi thường điều trị y tế**

**Section A. To be completed by Claimant**  
**Người yêu cầu bồi thường điền đầy đủ**

Policy no. Số hợp đồng bảo hiểm		Name of patient Tên người được bảo hiểm	
Membership card no. Số thẻ bảo hiểm	Sex Giới tính	<input type="checkbox"/> Male Nam  <input type="checkbox"/> Female Nữ	Date of birth Ngày tháng năm sinh
Contact telephone no. Số điện thoại liên hệ		Email Hộp thư	
Were your injuries caused by an accident? Chấn thương có phải là do tai nạn?		<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không
Vui lòng cung cấp thông tin tai nạn chi tiết (nếu có)			
If as a result of an illness Nếu là kết quả của một bệnh			
What is your diagnosis? Chẩn đoán bệnh của bạn là gì?			
When did the symptom first appear? Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào?			
Have you been treated by other doctor(s) for similar or related illness in the past? Bệnh này đã được chữa trị trong quá khứ hay chưa?			
Name & Address of facility where treatment rendered for above illness? Tên và địa chỉ của nơi điều trị bệnh trước đây?			



## Medical - Claim Form

### Yêu cầu bồi thường điều trị y tế

#### Method of reimbursement

#### Hình thức thanh toán

Bank transfer Chuyển khoản	Cash Tiền mặt
Beneficiary Người thụ hưởng	Beneficiary Người thụ hưởng
Bank name Tên ngân hàng	Passport/ID card No. Số passport/CMND/CCCD
Bank branch Chi nhánh ngân hàng	Issued date Ngày phát hành
Address Địa chỉ	Issued place Nơi phát hành
VND bank account Tài khoản bằng VND	Expiry date Ngày hết hạn

#### Declaration

#### Cam đoan

I declare that the above statements and answers made by me are true and complete to the best of my knowledge.  
Tôi cam kết rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp như trên là hoàn toàn đúng sự thật.

I hereby authorize any employer, physician, hospital, insurance company or other organization or person who has any record or knowledge with reference to the accident, or the health and medical history of the patient, to give such information to Liberty Insurance Limited. A photocopy of this authorization will be as valid as the original. By signing below, I consent that the personal information collected or held by Liberty Insurance Limited (whether contained in this form or otherwise obtained) may be used by or disclosed to any individual or organization within or outside of Vietnam for the purposes of insurance or reinsurance related business including claims processing, investigation, account collection and litigation.

Tôi cho phép bất kỳ người sử dụng lao động, bác sĩ, bệnh viện, Công ty bảo hiểm, các tổ chức, cá nhân khác, những ai biết đến hoặc có ghi nhận lại tai nạn, sức khỏe hoặc bệnh án của bệnh nhân có thể cung cấp các thông tin như vậy cho Công ty TNHH Bảo Hiểm Liberty. Bản sao của sự cho phép này cũng có giá trị ngang bản gốc. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng các thông tin cá nhân được thu thập hoặc nắm giữ bởi Công ty Bảo hiểm Liberty (dù được khai báo trong mẫu đơn này hay có được bằng cách khác) sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào trong hoặc ngoài nước Việt Nam chỉ cho mục đích bảo hiểm hoặc các vấn đề liên quan tái bảo hiểm bao gồm giải quyết bồi thường, điều tra, sổ sách kế toán và kiện tụng, tranh chấp.

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Signature of the Claimant  
Chữ ký của người yêu cầu bồi thường



## Medical - Claim Form

### Yêu cầu bồi thường điều trị y tế

#### Section B. To be completed by physician or supplier

Các thông tin được cung cấp bởi Bác Sĩ Chữa Trị

State briefly nature of illness or injury (chief complain) Nguyên nhân đến khám		
Diagnosis or Nature of injury Chẩn đoán thương tật		
Date of illness (first symptom), injury (accident) or pregnancy (LMP) Vui lòng cho biết triệu chứng xuất hiện khi nào hoặc kỳ kinh cuối nếu là thai phụ ?		
Date of first consulted you for this condition? Ngày điều trị đầu tiên	If Patient has had similar illness or injury, give date & place? Nếu bệnh nhân đã điều trị cho bệnh tương tự, thương tật này trước đây thì vui lòng cung cấp ngày và nơi điều trị trước đây?	
What type of treatment as given to the patient? Hình thức điều trị cho bệnh nhân là gì?		
What was the period of the hospitalization Thời gian nhập viện bao lâu?	Admission date Ngày nhập viện	Discharge date Ngày xuất viện

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Signature with practice stamp of  
Attending Doctor  
Tên, Chữ ký với con dấu của Bác sĩ

