



## MEDICAL CLAIM FORM

### ĐƠN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG ĐIỀU TRỊ Y TẾ

#### SECTION A: TO BE COMPLETED BY CLAIMANT (DO NGƯỜI YÊU CẦU BỒI THƯỜNG ĐIỀN VÀO)

Name of Patient: Tên bệnh nhân: .....	Policy No.: Số hợp đồng bảo hiểm: .....
--	--

Membership Card No.: Số thẻ bảo hiểm:	Sex (Giới tính) Male (Nam): <input type="checkbox"/> Female (Nữ): <input type="checkbox"/>	Date of birth (Ngày sinh):	Tel: Email:
--	---	----------------------------	----------------

<p><b>Were your injuries caused by an Accident?</b> <b>Chấn thương có phải là do Tai Nạn?</b></p> <p>No (Không) <input type="checkbox"/> Yes (Đúng) <input type="checkbox"/></p> <p>If Yes, please provide details below Nếu đúng, vui lòng cung cấp chi tiết tại nơi dưới đây</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>If as a result of an illness - Là Kết quả của một bệnh</b></p> <p>1. What is your diagnosis? (Chẩn đoán bệnh của bạn là gì?) .....</p> <p>2. When did the symptom first appear? (Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào?) .....</p> <p>3. 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?) .....</p> <p>4. Name &amp; Address of facility where treatment rendered for above illness? (Tên và địa chỉ của nơi điều trị bệnh trước đây?) .....</p>
---	---

#### Method of reimbursement (Hình thức thanh toán):

<p><b>Bank Transferring (Chuyển Khoản):</b></p> <p>1. Beneficiary (Người thụ hưởng): .....</p> <p>2. Bank name (Tên ngân hàng): .....</p> <p>3. Bank branch (Chi nhánh ngân hàng): .....</p> <p>4. VND Bank Account (Tài Khoản tiền Việt Nam đồng): .....</p>	<p><b>Cash (Tiền mặt):</b></p> <p>1. Beneficiary (Người thụ hưởng): .....</p> <p>2. Passport/ID card No. (Số CMND/ Hộ chiếu): .....</p> <p>3. Issued date (Ngày phát hành): .....</p> <p>4. Issued Place (Nơi phát hành): .....</p> <p>5. Expiry date (Ngày hết hạn): .....</p>
---	---

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.  
Do đó 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 Bảo hiểm Liberty. Bản sao của sự cho phép này cũng có giá trị ngang bản gốc. Tôi ký tên sau đây 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 chi cho mục đích bảo hiểm hoặc các vấn đề liên quan tái bảo hiểm bao gồm giải quyết bồi thường, điều tra, số sách kế toán và kiện tụng, tranh chấp.

.....

Date (Ngày) ..... Signature of Claimant (Chữ ký người yêu cầu bồi thường) .....

#### SECTION B: TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN OR SUPPLIER (THÔNG TIN ĐƯỢC CUNG CẤP BỞI BÁC SĨ)

a. State briefly nature of illness or injury (chief complain) Nguyên nhân đến khám .....	b. Diagnosis or Nature of illness or injury (Nguyên nhân của bệnh hoặc thương tật) 1/..... 2/..... 3/.....
c. Date of illness (first symptom), injury (accident) or pregnancy (LMP) (Triệu chứng xuất hiện khi nào hoặc ký kinh cuối nếu là thai phụ) .....	d. Date of first consulted the patient for this condition Ngày đầu tiên bệnh nhân được điều trị cho bệnh này .....
e. If Patient has had similar illness or injury, give date & Place? (Nếu bệnh nhân đã điều trị cho bệnh tương tự, thường tật này trước đây thì vui lòng cung cấp ngày và nơi điều trị trước đây) .....	f. What type of treatment as given to the patient? Hình thức điều trị cho bệnh nhân là gì? .....
g. What was the period of the hospitalization? Thời gian nằm viện? Admission date (ngày nhập viện): .....	Name & Signature with Practice Stamp of Attending Doctor Tên, Chữ ký với con dấu của Bác Sĩ .....
Discharge date (ngày xuất viện): .....	Date (Ngày) .....



**Ho Chi Minh City - Head Office**  
18<sup>th</sup> Floor, Vincom Office Building  
45A Ly Tu Trung, District 1, Ho Chi Minh City  
Tel: (84-28) 38.125.125 - Fax: (84-28) 38.125.018

**Hanoi City - Branch Office**  
10<sup>th</sup> Floor, East Tower, Hanoi Lotte Center Building  
No 54 Lieu Giai Street, Ba Dinh District, Hanoi  
Tel: (84-24) 37.557.111 - Fax: (84-24) 37.557.066