

# GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN Claim Form

## I. THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ INSURED INFORMATION

Họ và tên/ *Insured*: .....  
Ngày sinh/ *D.O.B*: .....Đơn vị tham gia bảo hiểm/ *Policy Holder*: .....  
Số GCNBH/ *Policy No*: .....Loại thẻ/ *Type of card*: .....  
Hiệu lực bảo hiểm/ *Period of insurance*: .....

## II. THÔNG TIN Y TẾ/ MEDICAL INFORMATION

Ngày khám/ *Date of consultation*: .....  
Tình trạng bệnh tật/tai nạn/ *Conditions of disease/accident*:  
.....  
Nơi điều trị/ *Treated* .....  
Hình thức điều trị/ *Type of treatment* .....  
Ngoại trú/ *Out-patient*  Thai sản/ *Pregnance*   
Nội trú (lưu viện qua đêm)/ *In-patient (staying overnight in hospital)*   
Từ ngày/ *From*.....Đến ngày/ *To*.....

Chi tiết chi phí điều trị/ <i>Treatment expenses</i>	Chi phí thực tế/ <i>Actual expenses</i>
1.Tiền khám bệnh/ <i>Consultation</i>	
2.Tiền thuốc/ <i>Medications</i>	
3.Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh/ <i>Lab, Imaging</i>	
4.Tiền phòng/ <i>Room and board</i>	
5.Phẫu thuật, thủ thuật/ <i>Procedure, Operation</i>	
6.Chi phí khác/ <i>Others</i>	
<b>Tổng cộng/ <i>Total</i></b>	

## III. PHẦN CAM KẾT/ MEDICAL INFORMATION

- Họ tên Người Yêu cầu bồi thường/ *Name of claimant*:.....  
- Quan hệ với Người được bảo hiểm/ *Relation To Insured*: .....  
- Địa chỉ liên hệ/ *Address*:.....Số ĐT/ *Tel*: .....  
Hình thức nhận tiền bồi thường/ *Type of payment*:  
Tiền mặt tại Bảo Việt/ *Cash at BAOVIET*  Chuyển khoản/ *Bank Transfer*   
Tên người hưởng/ *Name of beneficiary*:.....Số TK/ *Account No*: .....  
Ngân hàng/ *Bank*:.....Địa chỉ/ *Address*: .....  
.....

Tôi xin cam kết rằng những thông tin trên đây là chính xác và đầy đủ. Tôi cũng đồng ý rằng với Giấy yêu cầu bồi thường này Bảo Việt và/ hoặc đại diện của họ được quyền tiếp cận với bên thứ Ba để thu thập thông tin nếu thấy cần thiết cho việc giải quyết bồi thường không giới hạn ở các bác sỹ và đang điều trị cho Người được bảo hiểm.

I declare that all information provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration gives permission to Bao Viet and/or 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.

**Những giấy tờ kèm theo Hồ sơ/ Document including:**

Ngày .....tháng .....năm.....

Date ..... (DD/MM/YY)

- Giấy nhập - ra viện/ *Discharge Bill*;
- Đơn thuốc/ *Medical Prescription*;
- Phiếu xét nghiệm, X-quang/ *Test Laboratory; X-ray result*;
- Phiếu mổ/ *Operation Report (in case of surgery)*;
- Hóa đơn, biên lai:..... (cái)/ *Invoice; receipt:..... (sheet)*;
- Biên bản tai nạn (TH tai nạn)/ *Accident Report (in case of accident)*;
- Giấy chứng tử (TH chết)/ *Death Declaration (in case of insured died)*;
- Giấy tờ khác/ *Other documents: .....*

Người yêu cầu bồi thường ký

*Signature of claimant*