|  |  |
| --- | --- |
|  | **MB 02/QT 37** |

**GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG CHO KHÁCH HÀNG TỔ CHỨC**

***CLAIM FORM***

**I. THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ INSURED’S 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 at*………………………………………………………………………………………………………………………….....

Hình thức điều trị/ *Type of treatment*

Ngoại trú 🞏 Nội trú (lưu viện qua đêm)🞏: Từ ngày/ *From* ……………………… Đến ngày/ *To………………….*

*Out-patient In-patient (staying overnight in hospital)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Chi tiết chi phí điều trị/ Treatment expenses** | **Chi phí thực tế**  **Actual expenses** |
| 1. Tiền khám bệnh/ *Consultation* | ……………………………………………………………………. |
| 1. Tiền thuốc/ *Medications* | ……………………………………………………………………. |
| 1. Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh/ *Lab, Imaging* | ……………………………………………………………………. |
| 1. Tiền phòng/ *Room and board* | ……………………………………………………………………. |
| 1. Phẫu thuật, thủ thuật/ *Procedure, Operation* | ……………………………………………………………………. |
| 1. Chi phí khác/ O*thers* | ……………………………………………………………………. |
| **Tổng cộng/ Total** | ……………………………………………………………………. |

**III. PHẦN CAM KẾT/ DECLARATION**

* 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: Tiền mặt tại Bảo Việt 🞏 Chuyển khoản 🞏

*Type of payment: Cash at BAOVIET Bank Transfer*

Tên người hưởng: …………………………………………………… Số TK:…………………………………………………

*Name of beneficiary Account No.:*

Ngân hàng:…………………………………………………………….. Địa chỉ:.........................................

*Bank: Address:*

T«i xin cam kÕt r»ng nh÷ng th«ng tin trªn ®©y lµ chÝnh x¸c vµ ®Çy ®ñ, t«i còng ®ång ý r»ng víi GiÊy Yªu cÇu båi th­êng nµy B¶o hiÓm B¶o ViÖt vµ/ hoÆc ®¹i diÖn cña hä ®­îc quyÒn tiÕp cËn víi bªn thø Ba ®Ó thu thËp th«ng tin nÕu thÊy cÇn thiÕt cho viÖc gi¶i quyÕt båi th­êng kh«ng giíi h¹n ë c¸c b¸c sü ®· vµ ®ang ®iÒu trÞ cho Ng­êi ®­îc b¶o hiÓm/ *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.*

|  |
| --- |
| **Nh÷ng Nh÷ng giÊy tê kÌm theo Hå s¬/ *Document including***   * GiÊy nhËp, ra viÖn/*Discharge Bill* Ngµy \_\_\_\_ th¸ng \_\_\_\_ n¨m \_\_\_\_\_\_ * §¬n thuèc/*Medical Prescription*; *Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (DD/MM/YY)* * PhiÕu xÐt nghiÖm, X-quang/*Test Laboratory; X-ray result;* * PhiÕu mæ/*Operation Report (in case of surgery* * Hãa ®¬n, biªn lai: ….. (c¸i)/ *Invoice; receipt: ….. (sheet* * Biªn b¶n tai n¹n (TH tai n¹n)/*Death Declaration (in case of insured died).* * GiÊy chøng tö (TH chÕt)/ *Death Declaration (in case of insured died).* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * GiÊy tê kh¸c: ……………….../ *Other documents:…………………………..* Ng­êi yªu cÇu båi th­êng ký   **XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ THAM GIA BẢO HIỂM/** *Signature of claimant*  *CONFIRMATION OF POLICY HOLDER* |