**GIẤY YÊU CẦU BỒI THƯỜNG CHO BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE**

***HEALTHCARE INSURANCE CLAIM FORM***

Anh/Chị vui lòng điền đầy đủ thông tin trả lời vào các phần liên quan. Nếu như không có đủ khoảng trống cho câu trả lời, Anh/Chị vui lòng trả lời tiếp vào tờ giấy riêng biệt và đính kèm theo Giấy yêu cầu bồi thường này

*It is important that all relevant sections are to be fully answered. In case there is not enough space to complete your answers, please continue on a separate sheet and attach it to this Claim Form.*

1. **THÔNG TIN CHUNG*/GENERAL INFORMATION***

|  |  |
| --- | --- |
| **a/ Người được bảo hiểm *(The Insured Person):*** | |
| Họ và tên*/Full name:* | Quốc tịch*/ Nationality:* |
| Địa chỉ số/*Address*:  *Đường/Thôn/Xóm (Street/Hamlet):*  *Phường/Xã (Ward): Quận/Huyện (District): Tỉnh/TP (Province/City):* | |
| Ngày sinh*/DOB: / /*  Giới tính/ *Gender*: [ ] Nam/*Male* [ ] Nữ/ *Female* | CMTND/Hộ chiếu *(bắt buộc)*:  *ID No./Passport No. (Compulsory):* |
| Địa chỉ email/*Email address:* | Số điện thoại/*Tel:* |
| **b/ Bên mua bảo hiểm *(Policy holder):*** | |
| Tên/*Name:* | Số hợp đồng bảo hiểm*/Policy No.:* |
| **c/ Người yêu cầu bồi thường (Bỏ qua nếu trùng với Người được bảo hiểm) \***  ***Claimant (Please ignore if you are also the Insured Person) \*:*** | |
| Họ và tên/*Full name:* | Mối quan hệ với NĐBH*/Relationship with the Insured:* |
| Địa chỉ số/*Address*:  *Đường/Thôn/Xóm (Street/Hamlet):*  *Phường/Xã (Ward): Quận/Huyện (District): Tỉnh/TP (Province/City):* | |
| Ngày sinh*/DOB: / /*  Giới tính/ *Gender*: [ ] Nam/*Male* [ ] Nữ/ *Female* | CMTND/Hộ chiếu *(bắt buộc)*:  *ID No./Passport No. (Compulsory):* |
| Địa chỉ email/*Email address:* | Số điện thoại/*Tel:* |

1. **THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN ĐƯỢC BẢO HIỂM/ *DETAILS ABOUT* *INSURED EVENT***

Vui lòng chọn loại sự kiện được bảo hiểm/*Please tick your related insured event*

**[ ] Tai nạn/***Accident* **[ ]Ốm đau/** *Sickness, Diseases* **[ ]Thai sản/***Maternity*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ngày xảy ra: ……./..…../…....**  *Date of occurrence:* | **Khám/ điều trị tại:**  *Treatment at:* | |
| **Ngoại trú Nội trú**  *Outpatient Inpatient* | Từ ngày/ *From:* ……./..…../…....  Đến ngày/ *To*: ……./..…../….... | **Tai nạn/** *Accident*  GPLX hợp lệ*/ Drive license*: **Có** *Yes* / **Không**/No  *GPLX số/ License No.:* |
| **Chẩn đoán của bác sỹ/***Diagnosis by doctor:* | | |
| Trước đây anh/chị có bị thương tật ở cùng bộ phận đó hay có bệnh tật tương tự không? **Có/ Không**  *Has he/she previously been suffered from an injury to the same part or a similar illness?* *Yes/ No*  Nếu CÓ, vui lòng nêu chi tiết/ *If YES, please give details:* | | |
| **(Chỉ áp dụng cho trường hợp Tai nạn) Nguyên nhân tai nạn/** *(Applicable to case of accident only)**Cause of accident:* | | |

1. **CHI TIẾT CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **SỐ HÓA ĐƠN/** *INVOICE No.* | **MÔ TẢ LOẠI CHI PHÍ/** *DESCRIPTION* | **SỐ TIỀN/***AMOUNT* |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **TỔNG CỘNG/ *TOTAL*** | | |  |

1. **THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG/ *BENEFICIARY INFORMATION***

Vui lòng chuyển số tiền bồi thường bảo hiểm theo thông tin người thụ hưởng như sau:

*Please make a remittance of the claim amount to the following beneficiary:*

* Tên chủ tài khoản/ *Account owner:* …………………………………
* Số tài khoản/ *Account number:* ……………………………………
* Tên ngân hàng/ *Bank name:* ……………………………………….
* Địa chỉ ngân hàng/ *Bank address*: …………………………………

Lưu ý: Trong trường hợp Người thụ hưởng trên đây không đồng thời là Người được bảo hiểm, các bên đồng ý rằng Người được bảo hiểm đã chấp thuận chuyển quyền nhận tiền bồi thường bảo hiểm cho Người thụ hưởng này và Công ty bảo hiểm được coi là hoàn thành nghĩa vụ giải quyết yêu cầu bồi thường này/

*Note:* *In case the Beneficiary is different from the Insured, it is agreed that the Insured has consented to the transfer of right to receive the claim amount to such Beneficiary and the Insurer has fulfilled its obligation for settling this claim)*

1. **CAM KẾT/ DECLARATIONS**

Tôi cam đoan rằng những chi tiết khai báo trên đây là chính xác và đầy đủ theo sự hiểu biết và thông tin của tôi, và Tôi không che giấu bất kỳ thông tin trọng yếu nào.

*I hereby certify that the foregoing statements are to the best of my knowledge and information, true and complete, and I have not withheld any material information.*

Tôi cam kết hóa đơn điện tử trong hồ sơ này được sử dụng để yêu cầu bồi thường chi phí y tế duy nhất tại TMIV. Trường hợp TMIV phát hiện hóa đơn này được dùng để yêu cầu bồi thường và/hoặc đã được bồi thường cùng khoản chi phí y tế tại công ty bảo hiểm/ đơn vị khác, TMIV bảo lưu quyền truy đòi lại một phần hoặc toàn bộ các khoản đã chi trả để đảm bảo tuân thủ các quy định của Hợp đồng bảo hiểm và pháp luật hiện hành.

*I hereby commit that the submitted electronic invoices are used to claim medical expenses at TMIV only. In case TMIV detects that the aforementioned electronic invoices are used to claim and/or receive reimbursement for the same medical expenses at any other insurers/ parties, TMIV reserves the right to request the insured to refund partly or wholly the paid amount in accordance with the Policy and current regulations.*

Tôi đồng ý ủy quyền cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nắm giữ thông tin liên quan đến yêu cầu bồi thường này, bao gồm bất kỳ người hành nghề khám chữa bệnh, cơ sở khám chữa bệnh, công ty bảo hiểm, và đại lý giám định bồi thường nào, cung cấp và trao đổi các thông tin này (bao gồm cả thông tin sức khỏe cá nhân) theo yêu cầu của Công ty bảo hiểm hoặc đơn vị cung cấp dịch vụ giải quyết bồi thường của họ.

*I authorize any person or organization who has relevant information pertaining to this claim, including any medical practitioner, health care provider, insurance company, and claim agencies, to release and exchange such information (including personal health information) requested by the Insurer and/or its claims service providers.*

Tôi cũng đồng ý ủy quyền cho Công ty bảo hiểm và đơn vị cung cấp dịch vụ giải quyết bồi thường của họ thu thập, sử dụng, tiết lộ và trao đổi với cá nhân, tổ chức nói trên với bất kỳ thông tin nào (bao gồm thông tin sức khỏe cá nhân).

*I also authorize the Insurer and its claims service providers to collect, use, disclose, and to exchange with the persons or organizations listed above any information (including personal health information).*

Tôi cũng đồng ý cho Công ty bảo hiểm, nhân viên, đại lý hay đại diện của Công ty bảo hiểm thu thập, sử dụng, tiết lộ thông tin cá nhân của tôi, và cho phép tiết lộ thông tin cá nhân này cho các đơn vị cung cấp dịch vụ được ủy quyền hoặc bên thứ ba liên quan vì các mục đích cần thiết cho việc đánh giá, xử lý, và/hoặc quản lý yêu cầu bồi thường của tôi.

*I also agree and consent to the Company, its officer, agent, or representatives collecting, using, disclosing amongst themselves my personal data, and disclosing such personal data to the Company's authorized service provider and relevant third parties for purposes reasonably required by the Company to evaluate, process, and/or administer my claims.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Người được bảo hiểm/ Insured person*’s signature***  *(Ký và ghi rõ họ tên/ Sign with full name)*  *................................................*  *Ngày/ Date* | **Bên mua bảo hiểm/ *Policy Holder***  *(Ký tên và đóng dấu/ Sign & seal)*  *................................................*  *Ngày/ Date* |

**Lưu ý*/ Note:***

\* Trong trường hợp Người được bảo hiểm không ký trên giấy YCBT này, Người yêu cầu bồi thường vui lòng ký tên và cung cấp tài liệu như sau:

*In the event the Insured person doesn’t sign on this claim form, the Claimant kindly signs and provides the document as follows:*

* Trường hợp Người yêu cầu bồi thường là Người thừa kế *(nếu Người được bảo hiểm đã chết*) hoặc Người đại diện theo pháp luật (*bao gồm cha/ mẹ đối với con dưới 18 tuổi):* bản sao của Sổ hộ khẩu, Giấy khai sinh, Di chúc hoặc Văn bản phân chia di sản thừa kế, hoặc các giấy tờ khác theo quy định của pháp luật*/ Case of the Claimant being a legitimate inheritor or legal representative (including parents for Insured Person under 18): the notarized copy of household register book, birth certificate, will, agreement of inheritance distribution or other documents as stipulated by laws;*
* Trường hợp được ủy quyền khác: bản gốc Giấy ủy quyền được UBND cấp phường/xã chứng thực*/ Others: an original letter of authorization certified by commune-level People's Committee.*