

GIẤY YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM SỨC KHỎE (CLAIM FORM)**I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (THE INSURED)****1. Người được bảo hiểm (The insured):**

Họ và tên (Full name) (*): Ngày sinh (D.O.B) (*):

Địa chỉ (Address) (*):

Số CMND/Hộ chiếu (ID/ Passport No) (*):

Ngày cấp (Date of issue): Nơi cấp (Place of issue):

Hiện đang công tác tại (Current workplace): Chức danh (Job title):

Địa chỉ email (Email) (*): Điện thoại (Phone) (*):

Hợp đồng bảo hiểm số (Policy No.):

2. Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm (Claimant): (Nếu người yêu cầu không phải là NDBH/ In case the Claimant is not The Insured)

Họ và tên (Full name) (*):

Hiện đang công tác tại (Current workplace): Chức danh (Job title):

Địa chỉ email (Email) (*): Điện thoại (Phone) (*):

Là (As): ☐ Bố (Father) ☐ Mẹ (Mother) ☐ Con (Child) ☐ Khác (Other one) ☐ của Người được bảo hiểm (of the Insured)**(Người yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải là NDBH hoặc người thừa kế/ người được uỷ quyền hợp pháp hoặc là bố/ mẹ/ người giám hộ hợp pháp trong trường hợp NDBH dưới 18 tuổi.)****(The Claimant must be the Insured or the Insured's heir/ father/mother/ legal guardian or legally authorized person if the Insured is under 18 years old.)****II. THÔNG TIN VỀ SỰ KIỆN BẢO HIỂM (INSURANCE EVENT)****1. Mô tả sự kiện bảo hiểm (Description of event):**

Ngày xảy ra (Date of incident):	.../.../...	
Khám/Điều trị tại (Name of Hospital/ Clinic):		
Ngoại trú (Out-patient) : ☐	Từ ngày (From): .../.../...	Đến ngày (To): .../.../...
Nội trú (In-patient) : ☐		
Chẩn đoán của bác sỹ/Nguyên nhân tai nạn (Doctor's diagnosis/ Cause of accident):		

2. Những bệnh tật tương tự đã từng bị trong quá khứ? (Nếu có, đề nghị cho biết chi tiết)**Have you suffered from these symptoms or diseases before? (If yes, please describe in more detail)****III. ĐỀ NGHỊ CHI TRẢ TIỀN BẢO HIỂM (PAYMENT REQUEST)**

Số tiền đề nghị chi trả BH (Total amount claim):	Hình thức đề nghị chi trả (Payment method): Tiền mặt (Cash) ☐ /Chuyển khoản (Transfer) ☐ Họ và tên người thụ hưởng (Full name of Beneficiary): Số CMND/hộ chiếu (ID/Passport No.): Ngày cấp (Date of issue): Nơi cấp (Place of issue): Số tài khoản (Account No.): Tên ngân hàng (Name of Bank):
--	--

IV. CAM KẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/NGƯỜI YÊU CẦU TRẢ TIỀN BH (DECLARATION)

1. Tôi cam kết chỉ sử dụng những hóa đơn khám chữa bệnh liên quan đến đợt điều trị nêu trên để thanh toán chi phí y tế thuộc phạm vi bảo hiểm tại BIC và không sử dụng các hóa đơn đó để thanh toán quyền lợi trùng tại đơn vị khác

(I undertake to only use medical bills related to the above-mentioned treatment to claim medical expenses covered at BIC and not use such invoices to claim the same medical expenses covered at other insurance companies)

2. Tôi đồng ý để bất cứ bác sĩ điều trị tại bệnh viện hoặc trung tâm y tế, phòng khám đa khoa những nơi mà Người được bảo hiểm đã điều trị cung cấp toàn bộ thông tin chi tiết về sức khỏe của Người được bảo hiểm

Lưu ý: Người kê khai phải điền đầy đủ và chính xác các mục (*). Việc kê khai thiếu/không chính xác sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi và thời gian giải quyết khiếu nại của NDBH.

Note: The declarant must fill out the items (*). Incomplete / incorrect declaration will directly affect the insured's benefits and time of settlement.

cho BIC. Bản sao của các tài liệu này cũng sẽ có hiệu lực như bản chính. Tôi cũng cam đoan rằng những lời khai trên đây là hoàn toàn đúng sự thật và đầy đủ như tôi được biết. Nếu có gì sai, tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm

(I hereby agree to authorize any treating doctor at the hospital, health center or clinic where the Insured was treated to disclose to BIDV Insurance Company (BIC) any and all information concerning the Insured's health conditions for the purpose of insurance claim, in so far as such authorization is legal. Copies of medical documents shall be as valid as originals. I declare that all the answers given above are correct and complete to the best of my knowledge and belief. If there is anything incorrect, I will take full responsibility for that.)

3. Tôi đồng ý trong vòng 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận được thông báo phương án giải quyết (gửi tới địa chỉ hoặc email nêu trên), nếu tôi không có ý kiến phản hồi nào thì được coi là tôi đã chấp thuận phương án giải quyết như đã thông báo và không còn bất cứ khiếu nại gì nữa về sự kiện bảo hiểm này.

(I hereby agree that within 05 working days from the receipt of Notice of Settlement (sent to the above address or email), if I have no feedback, it is considered that I have approved the settlement and there will not any claim on this insurance event.)

4. Bất cứ thông tin nào được gửi từ địa chỉ email nêu trên được coi như sự xác nhận chính thức bằng văn bản của tôi.

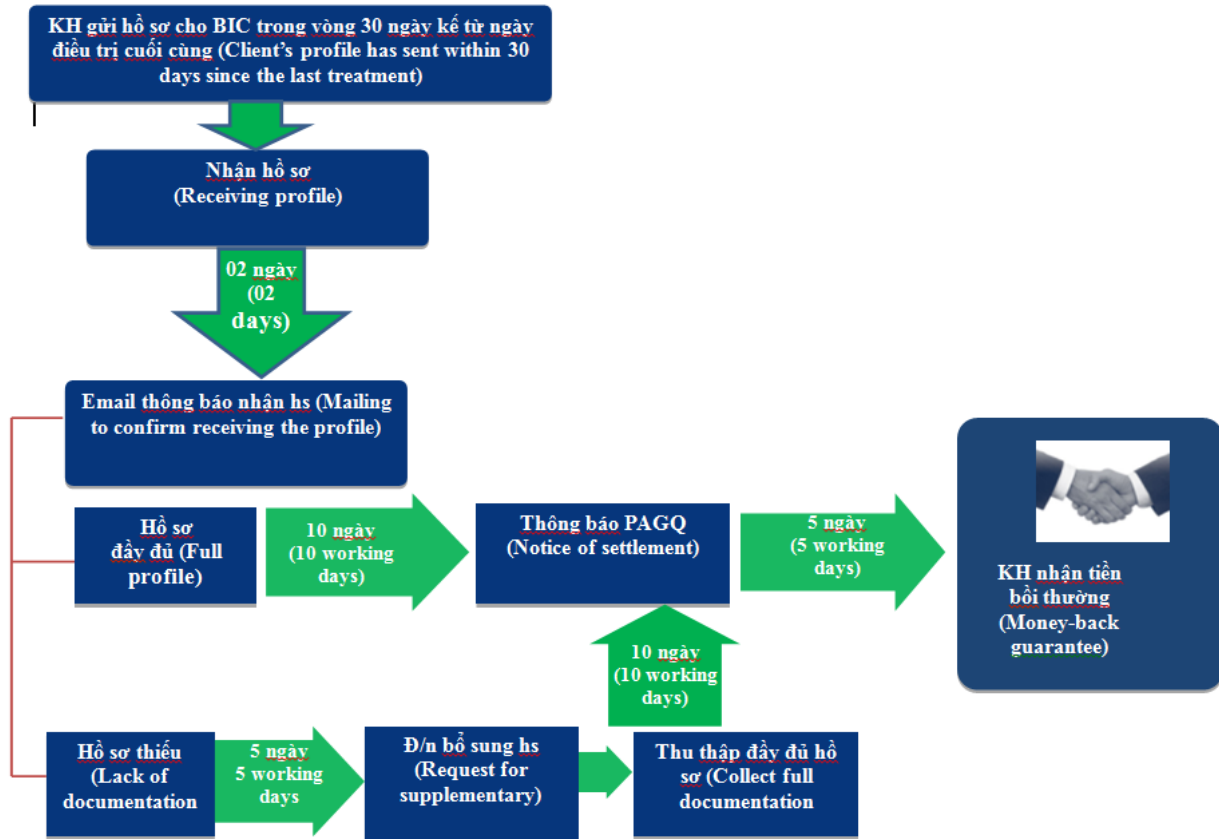
(Any information sent from the above email address is considered my official written confirmation.)

Những giấy tờ kèm theo (Attachments): ☐ Giấy ra viện (<i>Hospital discharge certificate</i>) ☐ Giấy chứng nhận phẫu thuật (<i>Surgery certificates</i>) ☐ Sổ khám bệnh (<i>Medical records</i>) ☐ Đơn thuốc (<i>Prescriptions</i>) ☐ Chỉ định cận lâm sàng (<i>Subclinical requisitions</i>) ☐ Kết quả cận lâm sàng (<i>Subclinical Results</i>) ☐ Hóa đơn (<i>Invoices</i>) ☐ Bảng kê chi tiết viện phí (<i>Details of charges</i>) ☐ Biên bản tai nạn (<i>Incident reports</i>) ☐ CMND/CCCD/Hộ chiếu (<i>ID/ Passport No.</i>) ☐ Giấy tờ khác (<i>Others</i>)	Người được bảo hiểm/ Người yêu cầu trả tiền BH The Insured/ The Claimant (ký, ghi rõ họ tên) (<i>Signature & Full name</i>) Ngày (<i>Date</i>) : ... / ... /
---	---

Lưu ý: Người kê khai phải điền đầy đủ và chính xác các mục (*). Việc kê khai thiếu/không chính xác sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi và thời gian giải quyết khiếu nại của NĐBH.

Note: The declarant must fill out the items (*). Incomplete / incorrect declaration will directly affect the insured's benefits and time of settlement.

QUY TRÌNH GIẢI QUYẾT YÊU CẦU TRẢ TIỀN BH CLAIM SETTLEMENT PROCEDURE



Lưu ý: Người kê khai phải điền đầy đủ và chính xác các mục (*). Việc kê khai thiếu/không chính xác sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến quyền lợi và thời gian giải quyết khiếu nại của NĐBH.

Note: The declarant must fill out the items (*). Incomplete / incorrect declaration will directly affect the insured's benefits and time of settlement.