

**Medical - Claim Form**  
**Yêu cầu bồi thường điều trị y tế**

**Section A. To be completed by Claimant**  
**Người yêu cầu bồi thường điền đầy đủ**

Policy no. Số hợp đồng bảo hiểm		Name of patient Tên người được bảo hiểm	
Membership card no. Số thẻ bảo hiểm	Sex Giới tính	<input type="checkbox"/> Male Nam  <input type="checkbox"/> Female Nữ	Date of birth Ngày tháng năm sinh
Contact telephone no. Số điện thoại liên hệ		Email Hộp thư	
Were your injuries caused by an accident? Chấn thương có phải là do tai nạn?		<input type="checkbox"/> Yes Có	<input type="checkbox"/> No Không
Vui lòng cung cấp thông tin tai nạn chi tiết (nếu có)			

If as a result of an illness  
Nếu là kết quả của một bệnh

What is your diagnosis?  
Chẩn đoán bệnh của bạn là gì?

When did the symptom first appear?  
Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào?

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?

Name & Address of facility where treatment rendered for above illness?  
Tên và địa chỉ của nơi điều trị bệnh trước đây?



## Medical - Claim Form

### Yêu cầu bồi thường điều trị y tế

#### Method of reimbursement

#### Hình thức thanh toán

Bank transfer Chuyển khoản
Beneficiary Người thụ hưởng
Bank name Tên ngân hàng
Bank branch Chi nhánh ngân hàng
Address Địa chỉ
VND bank account Tài khoản bằng VND

Cash Tiền mặt
Beneficiary Người thụ hưởng
Passport/ID card No. Số passport/CMND/CCCD
Issued date Ngày phát hành
Issued place Nơi phát hành
Expiry date Ngày hết hạn

#### Declaration

#### Cam đoan

I hereby declare that the above made statements and the attached Medical document including but no limited such as personal information, medical documents, medical history... are true and complete to the best of my knowledge and take responsibility for this truly information , and that I understand it is made for use as evidence for Liberty's claims process.

Tôi cam kết rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn YCBT và trong hồ sơ bồi thường bao gồm nhưng không giới hạn: thông tin cá nhân, hồ sơ bệnh án, thông tin khai báo bệnh sử, ....được đính kèm là hoàn toàn đầy đủ, đúng sự thật và chịu toàn bộ trách nhiệm về tính chính xác của những thông tin này cũng như hiểu rằng đây sẽ là bằng chứng xác thực cho quá trình giải quyết bồi thường của Liberty.

I/We have carefully read, understood and agreed the insurance company is entitled to process My/Our data, which may include but not limited to basic and sensitive personal data, in accordance with its privacy policy posted at: <https://www.libertyinsurance.com.vn/chinh-sach-rieng-tu>; or accessed by QR code:

Tôi/Chúng tôi đã đọc kỹ, hiểu và đồng ý cho công ty bảo hiểm được quyền xử lý dữ liệu, có thể bao gồm cả dữ liệu cá nhân cơ bản và nhạy cảm, theo chính sách bảo mật thông tin/quyền riêng tư của công ty bảo hiểm được đăng tải tại: <https://www.libertyinsurance.com.vn/chinh-sach-rieng-tu>, hoặc được truy cập bằng QR code:



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.

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 TNHH Bảo Hiểm Liberty. Bản sao của sự cho phép này cũng có giá trị ngang bản gốc.



**Medical - Claim Form**  
**Yêu cầu bồi thường điều trị y tế**

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Signature of the Claimant  
Chữ ký của người yêu cầu bồi thường

**Section B. To be completed by physician or supplier**  
**Các thông tin được cung cấp bởi Bác Sĩ Chữa Trị**

State briefly nature of illness or injury (chief complain)  
Nguyên nhân đến khám

Diagnosis or Nature of injury  
Chẩn đoán thương tật

Date of illness (first symptom), injury (accident) or pregnancy (LMP)  
Vui lòng cho biết triệu chứng xuất hiện khi nào hoặc kỳ kinh cuối nếu là thai phụ ?

Date of first consulted you for this  
condition?  
Ngày điều trị đầu tiên

If Patient has had similar illness or injury, give date & place?  
Nếu bệnh nhân đã điều trị cho bệnh tương tự, thương tật này trước đây thì vui  
lòng cung cấp ngày và nơi điều trị trước đây?

What type of treatment as given to the patient?  
Hình thức điều trị cho bệnh nhân là gì?

What was the period of the hospitalization  
Thời gian nhập viện bao lâu?

Admission date  
Ngày nhập viện

Discharge date  
Ngày xuất viện

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Signature with practice stamp of  
Attending Doctor  
Tên, Chữ ký với con dấu của Bác sĩ

