

Hợp đồng bảo hiểm số:	
Tên bệnh nhân:	
Tên bệnh viện:	

Tôi cam kết và đồng ký rằng:

1. Theo các điều khoản dưới đây, Công ty TNHH APRIL Việt Nam (“APRIL”), với tư cách là một công ty quản lý của Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty (“LIBERTY”) liên quan đến các yêu cầu bồi thường được thực hiện theo Hợp đồng bảo hiểm, đang hoặc sẽ thực hiện việc thu xếp bảo lãnh viện phí cho Bệnh nhân đối với các chi phí y tế mà Bệnh nhân phải chi trả tại Bệnh viện (“Thư Bảo lãnh”) theo các giới hạn sau:

- Tiền phòng và giường bao gồm chăm sóc y tá được bảo hiểm tối đa đến phòng đơn tiêu chuẩn
- Các chi phí cá nhân như bữa ăn thêm, điện thoại, tivi, báo chí ... sẽ bị loại trừ

2. Thư Bảo lãnh này được thu xếp chỉ để không trì hoãn việc điều trị cho Bệnh nhân. Bằng việc yêu cầu Thư Bảo lãnh, tôi đang yêu cầu bồi thường về Hợp đồng bảo hiểm (“Yêu cầu Bồi Thường”). Tôi biết rằng Công ty có tất cả quyền đối với Thư Bảo lãnh, Hợp đồng bảo hiểm và Yêu cầu Bồi thường.

3. Nếu vì bất kỳ lý do nào và bất kỳ lúc nào, Yêu cầu Bồi Thường được phát hiện không hợp lệ hoặc không thể chi trả (do thiếu chứng từ, hoặc bị loại trừ bởi Hợp đồng bảo hiểm, hoặc ngoài phạm vi bảo hiểm, hoặc Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực hoặc bất kỳ lý do nào khác), Thư Bảo lãnh sẽ bị thu hồi hoặc chấm dứt hiệu lực. Thông báo về việc Thư Bảo lãnh bị thu hồi hoặc bị chấm dứt sẽ có hiệu lực ngay lập tức với tôi bằng cách gửi thư điện tử đến địa chỉ thư điện tử bên dưới. Nếu Thư Bảo lãnh đã bị thu hồi hoặc bị chấm dứt, LIBERTY (hoặc APRIL hoặc bất kỳ người khác) sẽ không chịu trách nhiệm cho bất kỳ chi phí y tế của Bệnh nhân và tôi sẽ thanh toán tất cả các chi phí y tế của Bệnh nhân.

4. Trong trường hợp Thư Bảo lãnh bị thu hồi hoặc chấm dứt theo quy định tại Điều 3 nói trên và tôi từ chối hoặc không thanh toán chi phí y tế của Bệnh nhân, hoặc nếu một phần hoặc toàn bộ Yêu cầu Bồi thường vì bất kỳ lý do nào và bất kỳ thời điểm nào được phát hiện là không được bảo hiểm bởi hợp đồng bảo hiểm, tôi sẽ bồi hoàn cho LIBERTY (hoặc APRIL hoặc bất kỳ người nào khác có thể chịu trách nhiệm về các chi phí liên quan đến Thư Bảo lãnh) và hoàn trả chi phí y tế hoặc Yêu cầu bồi thường cộng thêm cho bất kỳ chi phí phát sinh nào từ việc chi trả chi phí y tế hoặc Yêu cầu bồi thường đó trong vòng 30 ngày theo yêu cầu. Nếu tôi từ chối hoặc không thực hiện điều này, tôi sẽ chịu mọi chi phí cho việc thu hồi số tiền còn nợ bao gồm chi phí pháp lý.

5. Thỏa thuận này được điều chỉnh theo pháp luật của Việt Nam và phải tuân theo quyền tài phán không độc quyền tại Việt Nam.

Chữ ký:		Ngày:	
CMND/ Passport Số:			
Email:			