

Dental - Claim Form
Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa**Section A. Claim information - To be completed by Claimant****Thông tin bồi thường- Người yêu cầu bồi thường điền đầy đủ phần này**

Policy no. Số hợp đồng bảo hiểm		Name of policyholder Tên người được bảo hiểm	
Membership card no. Số thẻ bảo hiểm		Name of patient Tên bệnh nhân	
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	
If the cause of treatment relates to an accident, state the date and place of the accident and give details of the circumstances Nếu nguyên nhân của sự điều trị liên quan đến tai nạn, xin cho biết ngày và nơi xảy ra tai nạn và xin cho biết hoàn cảnh xảy ra tai nạn			
If your claim is for routine oral examination, please state the reason for visiting dentist Nếu hồ sơ bồi thường liên quan đến việc kiểm tra răng định kỳ, xin cho biết lý do đến nha sĩ			

Section B. Reimbursement - To be completed by the Patient or His/Her Legal representative**Bồi thường - Được điền đầy đủ bởi Người được bảo hiểm hay đại diện hợp pháp của Người được bảo hiểm****1. Method of reimbursement****Hình thức thanh toán**

Bank transfer Chuyển khoản	Cash Tiền mặt
Beneficiary Người thụ hưởng	Beneficiary Người thụ hưởng
Bank name Tên ngân hàng	Passport/ID card No. Số passport/CMND/CCCD



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

Bank branch Chi nhánh ngân hàng	Issued date Ngày phát hành
Address Địa chỉ	Issued place Nơi phát hành
VND bank account Tài khoản bằng VND	Expiry date Ngày hết hạn

2. Declaration and Authorization

Cam Kết và Ủy Quyền

I declare that the above statements and answers made by me are true and complete to the best of my knowledge.
Tôi cam kết rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp như trên là hoàn toàn đúng sự thật.

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. By signing below, I consent that the personal information collected or held by Liberty Insurance Limited (whether contained in this form or otherwise obtained) may be used by or disclosed to any individual or organization within or outside of Vietnam for the purposes of insurance or reinsurance related business including claims processing, investigation, account collection and litigation.

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. Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng các thông tin cá nhân được thu thập hoặc nắm giữ bởi Công ty Bảo hiểm Liberty (dù được khai báo trong mẫu đơn này hay có được bằng cách khác) sẽ được sử dụng hoặc tiết lộ cho bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào trong hoặc ngoài nước Việt Nam chỉ cho mục đích bảo hiểm hoặc các vấn đề liên quan tái bảo hiểm bao gồm giải quyết bồi thường, điều tra, sổ sách kế toán và kiện tụng, tranh chấp.

Date
Ngày

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



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

Section C: Dentist's report - To be completed by the Attending Dentist

Báo cáo Nha Sĩ - Các thông tin được cung cấp bởi Nha Sĩ Chữa Trị

Patient full name Họ tên bệnh nhân	Date of birth Ngày tháng năm sinh	Sex Giới tính	<input type="checkbox"/> Male Nam	<input type="checkbox"/> Female Nữ
Contact telephone no. Số điện thoại liên hệ	Email Hộp thư			
Please give us the diagnosis of the illness/injury, investigation and treatment carries out and the results/findings Xin cho biết chẩn đoán bệnh/thương tật, điều tra và những lần điều trị, và kết quả những lần đó				
If the cause of treatment relates to an accident Nếu nguyên nhân của sự điều trị liên quan đến tai nạn				
State the date and place of the accident and give details of the circumstances Xin cho biết ngày và nơi xảy ra tai nạn và xin cho biết hoàn cảnh xảy ra tai nạn				

Treatment details Chi tiết điều trị

Date Ngày	Treatment rendered Loại chữa trị	Charges Chi phí

Please mark teeth on the chart below

Xin vui lòng đánh dấu các răng chữa trị theo sơ đồ dưới đây

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	LIBIAL	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
RIGHT _____	LINGUAL	_____ LEFT
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	LIBIAL	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

Date
Ngày

Name of Dentist
Signature with practice stamp of Dentist
Tên của Nha sĩ
Chữ ký với con dấu của Nha sĩ

Section D: Other Thông Tin Khác

Please give the name and address of the referring physician (if any)
Xin vui lòng giới thiệu tên và địa chỉ của bác sĩ để chúng tôi có thể tham khảo (nếu có)

Name Tên	Address Địa chỉ
_____	_____

I hereby certify that all information given above is accurate and true to the best of my knowledge
Tôi xác nhận rằng tất cả các thông tin trên là chính xác và đúng sự thật với những gì tôi biết

Signature of Attending Doctor/Surgeon with hospital stamp
Chữ ký của Bác sĩ chữa trị/phẫu thuật với con dấu của bệnh viện

Name of Doctor
Tên của Bác sĩ

