

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	☐ Male/Nam	☐ 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.			
Have You/ Insured currently been covered under any Health/Personal Accident/Life Insurance contract? (if YES, please list out the name of Insurers) Hiện tại Anh/Chị/Người được bảo hiểm có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ nào khác không (nếu có, vui lòng liệt kê các công ty bảo hiểm đó).			



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

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 hộ chiếu/CMND/CCCD
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)

Declaration & Authorization/Cam kết & Ủy quyền

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 mã QR:



I/We hereby authorize any hospital physician, other person who has attended or examined me, to furnish upon request to Liberty, or its authorized representative, any or all information with respect to any illness or injury,



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

medical history, consultation, prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Tôi/chúng tôi bằng văn bản này cho phép bệnh viện, bác sĩ hoặc bất kỳ ai đã khám chữa bệnh cho tôi, cung cấp cho Liberty hoặc người đại diện theo ủy quyền của Liberty khi có yêu cầu, bất kỳ hoặc toàn bộ các thông tin liên quan đến bệnh tật hoặc thương tổn của tôi, về quá trình chữa trị, khám bệnh kê toa hoặc điều trị, cùng toàn bộ bản sao của chứng từ y tế. Bản sao của việc đồng ý này cũng được coi như có hiệu lực và giá trị như bản chính.

Date
Ngày

Signature of the Insured
Chữ ký của người được bảo hiểm

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's full name/Họ tên bệnh nhân _____	Date of birth Ngày tháng năm sinh _____	Sex Giới tính	Male/Nam	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



Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

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

LIBIAL

RIGHT

LINGUAL

LIBIAL

LEFT

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

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

Name of Doctor
Tên của Bác sĩ