



Công ty TNHH Bảo hiểm Liberty
Tầng 18, Tòa nhà Vincom
45A Lý Tự Trọng, Quận 1, TP. HCM
Tầng 18, Tòa nhà Vincom,
45A Lý Tự Trọng, Phường Sài Gòn, TP. HCM (do sáp nhập)
Hotline: 1800 599 998
MST: 0304732887
www.libertyinsurance.com.vn

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 ☐ Male/Nam ☐ Female/Nữ	Date of birth/Ngày tháng năm sinh	
Contact telephone no./Số điện thoại liên hệ	Email Address/Địa chỉ email		
Were you injuries caused by an accident? Chấn thương có phải do tai nạn?		☐ Yes/Có ☐ No/Không	
Please provide details (if any)/Vui lòng cung cấp thông tin tai nạn chi tiết (nếu có)			

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

What's final diagnosis?/Chẩn đoán bệnh là gì?
When did the symptom first appear?/Triệu chứng xuất hiện lần đầu tiên khi nào?



Medical - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị y tế

Have you been treated by other doctor(s) for similar or related illness in the past?/Bệnh đã được chữa trị trong quá khứ chưa?

Name/ address of facility where treatment rendered for above illness?/Tên địa chỉ nơi điều trị trước đây?

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).

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 hộ chiếu/CMND/CCCD

Issued date/Ngày phát hành

Issued place/Nơi phát hành

Expiry date (Ngày hết hạn)

Declaration/Cam đoan



Medical - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị y tế

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, 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

