



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

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.

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.

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.

Ngày

Chữ ký của người được bảo hiểm

