

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<br>Tên người được bảo hiểm                           |  |
| Membership card no.<br>Số thẻ bảo hiểm                                                | Sex/Giới tính<br><input type="checkbox"/> Male/Nam<br><input type="checkbox"/> 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?<br>Chấn thương có phải do tai nạn?           |                                                                                          | <input type="checkbox"/> Yes/Có<br><input type="checkbox"/> 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 hearby 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.

---

Date/Ngày

---

Signature of the Claimant/Chữ ký của người được bảo hiểm

**Medical - Claim Form**  
**Yêu cầu bồi thường điều trị y tế**

**Section B. To be completed by physician or supplier**  
**Các thông tin được cung cấp bởi Bác Sĩ Chữa Trị**

|                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                 |                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| State briefly nature of illness or injury (chief complain)<br>Nguyên nhân đến khám                                                                           |                                                                                                                                                                                                 |                                  |
| Diagnosis or Nature of injury<br>Chẩn đoán thương tật                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                 |                                  |
| Date of illness (first symptom), injury (accident) or pregnancy (LMP)<br>Vui lòng cho biết triệu chứng xuất hiện khi nào hoặc kỳ kinh cuối nếu là thai phụ ? |                                                                                                                                                                                                 |                                  |
| Date of first consulted you for this condition?<br>Ngày điều trị đầu tiên                                                                                    | If Patient has had similar illness or injury, give date & place?<br>Nếu bệnh nhân đã điều trị cho bệnh tương tự, thương tật này trước đây thì vui lòng cung cấp ngày và nơi điều trị trước đây? |                                  |
| What type of treatment as given to the patient?<br>Hình thức điều trị cho bệnh nhân là gì?                                                                   |                                                                                                                                                                                                 |                                  |
| What was the period of the hospitalization<br>Thời gian nhập viện bao lâu?                                                                                   | Admission date<br>Ngày nhập viện                                                                                                                                                                | Discharge date<br>Ngày xuất viện |

\_\_\_\_\_  
Date  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Signature with practice stamp of  
Attending Doctor  
Tên, Chữ ký với con dấu của Bác sĩ