

DENTAL CLAIM FORM (YÊU CẦU BỒI THƯỜNG ĐIỀU TRỊ NHA KHOA)

Section A. Claim information (Thông tin bồi thường) - To be completed by Claimant (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)	Date of birth (Ngày tháng năm sinh)
Contact telephone no. (Số điện thoại liên hệ)	Email (hộp thư)

1. 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) _____

2. 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 (Bồi thường) - To be completed by the Patient or His/Her Legal representative (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): _____
 Bank name (Tên ngân hàng): _____
 Bank branch (Chi nhánh ngân hàng): _____
 Address (Địa chỉ): _____
 VND bank account (Tài khoản bằng VND): _____

Beneficiary (Người thụ hưởng): _____
 Passport/ID card No. (Số passport/CMND): _____
 Issued date (Ngày phát hành): _____
 Issued place (Nơi phát hành): _____
 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).

(Do đó 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 Bảo hiểm Liberty. Bản sao của sự cho phép này cũng có giá trị ngang bản gốc. Tôi ký tên sau đây 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)

CL-H00-C-001-02-B

Signature of Claimant (Chữ ký người yêu cầu bồi thường)

Section C: Dentist's report (Báo cáo Bác Sĩ) - To be completed by the Attending Dentist (Các thông tin được cung cấp bởi Bác Sĩ Chữa Trị)

1. Patient name in full (Tên họ bệnh nhân): _____
2. Date of birth (Ngày sinh): _____ 3. Sex (Giới tính): _____
4. 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): _____
5. If the cause of treatment relates to an accident (Nếu nguyên nhân của sự điều trị liên quan đến tai nạn): _____
6. 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): _____
7. Treatment details (Chi tiết điều trị):

Date (Ngày)	Treatment rendered (Loại chữa trị)	Charges (Chi phí)

8. 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	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

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

Date (Ngày)

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):

- a. Name (Tên): _____
- b. 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)