

Vui lòng hoàn thành đơn này và gửi đến [provider.asia@april.com](mailto:provider.asia@april.com) ít nhất trước 5 ngày làm việc trước khi bạn điều trị

Loại yêu cầu (chọn một)

- Chấp thuận trước  Thư bảo lãnh  Khác (ghi chi tiết bên dưới)

## PHẦN A (Thông tin được cung cấp bởi người được bảo hiểm)

### Thông tin hợp đồng bảo hiểm/Người được bảo hiểm

Tên bệnh nhân:	Tên chủ hợp đồng:	
Hợp đồng bảo hiểm số:	Mã số người được bảo hiểm:	
Điện thoại:	Fax:	Email:

## PHẦN B (Thông tin được cung cấp bởi người được bảo hiểm hoặc ba/mẹ nếu bệnh nhân là trẻ em)

Bệnh này xuất hiện lần đầu tiên khi nào và như thế nào? Bạn đã khám bác sĩ cho bệnh này hoặc triệu chứng liên quan của bệnh lần đầu tiên khi nào?

Bạn đã từng mắc phải bệnh hoặc các triệu chứng tương tự không?  Có  Không

Bạn có được bảo hiểm nào khác chi trả cho bệnh này hoặc cho điều trị này không?  Có  Không

Nếu câu trả lời là có cho 1 trong 2 câu hỏi trên, vui lòng cung cấp đầy đủ thông tin bên dưới và cung cấp cho chúng tôi bản sao hợp đồng bảo hiểm khác mà bạn được chi trả.

### Yêu cầu bồi thường liên quan đến tai nạn:

Miêu tả ngắn gọn tai nạn xảy ra như thế nào? (bao gồm ngày tháng, thời gian và địa điểm chính xác xảy ra)

Tai nạn này xảy ra có liên quan đến nhiệm vụ công việc của bạn không?  Có  Không

Có liên quan đến bên thứ ba không?  Có  Không

Nếu câu trả lời là có cho 1 trong 2 câu hỏi trên, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết bên dưới và nêu rõ có chịu trách nhiệm bồi thường của bên thứ 3 không?

Phần để cung cấp thông tin chi tiết:

## KHAI BÁO

Tôi cam kết rằng các thông tin được cung cấp trên mẫu đơn này và các chứng từ được gửi đính kèm là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết và nhận thức của tôi.

Tôi cam kết rằng, trừ khi có thỏa thuận khác của công ty bảo hiểm (Công ty) bằng văn bản, thư bảo lãnh hoặc chấp thuận cho bảo lãnh viện phí không phải là xác nhận bảo hiểm cho dịch vụ, và tôi vẫn chịu trách nhiệm về các khoản phí không thuộc phạm vi bảo hiểm theo điều khoản của hợp đồng. Nếu công ty bảo lãnh hoặc thanh toán cho những chi phí không thuộc phạm vi bảo hiểm, tôi đồng ý hoàn trả lại cho công ty trong vòng 30 ngày sau khi nhận được thông báo về những chi phí không được bảo hiểm.

### Ủy quyền cung cấp thông tin

Tôi ủy quyền cho bất kỳ bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp hoặc cơ sở y tế khác, công ty bảo hiểm hoặc công ty tái bảo hiểm hoặc chủ sử dụng lao động cung cấp cho công ty bảo hiểm (công ty) bất kỳ thông tin hoặc hồ sơ mà họ đang giữ có liên quan đến sức khỏe của tôi, xét nghiệm hoặc việc điều trị mà tôi đã nhận, và các quyền lợi hoặc phúc lợi liên quan. Nếu yêu cầu bồi thường này liên quan đến tai nạn, trong quá khứ hoặc hiện tại, tôi cũng ủy quyền cho bất kỳ tổ chức của chính phủ, cơ quan, người hoặc tổ chức khác có hồ sơ liên quan đến tai nạn để cung cấp hồ sơ hoặc thông tin liên quan. Tôi hiểu rằng thông tin này sẽ được công ty bảo hiểm sử dụng để xác định quyền lợi, và mọi thông tin được thu thập sẽ không được công ty tiết lộ cho bất kỳ người khác ngoại trừ công ty tái bảo hiểm, hoặc người hoặc các tổ chức khác thực hiện các dịch vụ kinh doanh hoặc pháp lý có liên quan đến yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm của tôi, lưu trữ theo yêu cầu của pháp luật. Tôi đồng ý rằng bản sao hoặc bản fax của bản cung cấp thông tin sẽ có hiệu lực như bản gốc.

Chữ ký của người được bảo hiểm (hoặc của ba mẹ nếu là trẻ em)

Ngày (ngày/tháng/năm)

**PHẦN C** (Được trả lời bởi bác sỹ điều trị)

Tên bệnh nhân:  Hợp đồng bảo hiểm số/ Mã số người được bảo hiểm:

Lý do nhập viện/thủ thuật (triệu chứng và chẩn đoán xác định/ chẩn đoán phân biệt). Vui lòng ghi mã bệnh quốc tế (ICD) của chẩn đoán	
Ngày đầu tiên bệnh nhân đến gặp bạn để khám về bệnh hoặc triệu chứng này:	Ngày các triệu chứng xuất hiện:
Bạn có phải là bác sỹ đầu tiên mà bệnh nhân đến khám về bệnh hoặc các triệu chứng này không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (giải thích)
Đây có phải là lần đầu tiên bệnh nhân có những triệu chứng hoặc bệnh này?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không (giải thích)
Tóm tắt ngắn gọn phát đồ điều trị bao gồm các thủ thuật (nếu có):	
Các xét nghiệm hoặc thủ thuật đã được làm trước đợt nhập viện này (đính kèm kết quả nếu có):	
Có bất kỳ phần nào của yêu cầu này liên quan đến việc điều trị dị tật bẩm sinh, tình trạng bẩm sinh hoặc di truyền, rối loạn hành vi/ tâm lý/ tâm thần/ thần kinh, hỗ trợ sinh sản, tránh thai, bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc điều trị thẩm mỹ không? <input type="checkbox"/> Có (giải thích) <input type="checkbox"/> Không	
Tên bệnh viện (bao gồm thông tin liên lạc nếu ở ngoài Việt Nam)	
Ngày dự kiến nhập viện:	Thời gian nằm viện dự kiến:
Vui lòng cung cấp bảng kê chi tiết viện phí dự kiến (Vui lòng thể hiện đơn vị tiền tệ):	Phí bác sỹ chuyên môn:
	Các chi phí khác:
	Bệnh viện:

Tên bác sỹ điều trị:		
Địa chỉ:		
Số điện thoại:	Fax:	Email:

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_ Con dấu hợp lệ \_\_\_\_\_

**Vui lòng gửi đơn hoàn chỉnh đến:**

**Công ty TNHH APRIL VIỆT NAM**  
Phòng 201, Tầng 2, Tòa nhà Lafayette  
Số 8 Phùng Khắc Khoan, Phường Đa Kao,  
Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam  
SĐT: (+84) 28 7307 7984  
Email: Provider.asia@april.com