

(Vui lòng in y thông tin trong gi y yêu c u này và g i l i cho chúng tôi ngay khi i u tr xong  
Please ensure your claim form is completed and returned to us as soon as possible)

**A/ THÔNG TIN CHỦ THẺ/CARD HOLDER'S INFORMATION**

Họ và tên chủ thẻ/Card Holder: .....  
 Ngày sinh/D.O.B: ..... Đơn vị tham gia bảo hiểm/Policy Holder .....  
 Số thẻ/Policy No: ..... Chương trình/Plan: .....HCM3.D15.BVC.19.HD22.....  
 Hiệu lực bảo hiểm/Period of insurance: .....21/03/2019.-21/03/2020.....  
 Người yêu cầu bồi thường/Claimant:.....  
 Địa chỉ/Address:.....  
 Điện thoại/Tel:.....Email:.....  
 Quan hệ với chủ thẻ/Relationship with the Card holder :.....

**B/ THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ/TREATMENT INFORMATION**

Ngày khám/tai nạn/Date of consultation/accident: .....  
 Tình trạng bệnh tật/tai nạn/ Conditions of disease/accident : .....  
 .....  
 Hình thức điều trị/ Type of treatment  
 Ngoại trú  Nội trú (lưu viện qua đêm): Từ ngày/ From ..... Đến ngày/ To.....  
*Out-patient In-patient (staying overnight in hospital)*  
 Nơi điều trị/xảy ra tai nạn/Treatment at/Place of accident:.....  
 .....

**C/ THANH TOÁN/ PAYMENT**

Vui lòng g i kèm theo các hóa n và ch ng t y t gốc liên quan n vi c i u tr này/ Please ensure that all the original invoices and other medical documents relating to the condition are enclosed with this Claim Form

Chi tiết chi phí điều trị/ Treatment expenses	Chi phí thực tế Actual expenses	THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG/ BENEFICIARY'S INFORMATION
1. Tiền khám bệnh/ Consultation	.....	<input type="checkbox"/> Tiền mặt tại Bảo Việt/Cash at BaoViet
2. Tiền thuốc/ Medications	.....	<input type="checkbox"/> Chuyển khoản/ Bank transfer
3. Xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh/ Lab, Imaging	.....	Người thụ hưởng/ Beneficiary: .....
4. Tiền phòng/ Room and board	.....	Số tài khoản/ Account No. :VND .....
5. Phẫu thuật, thủ thuật/ Procedure, Operation	.....	Ngân hàng/ Bank: ..... .....
6. Chi phí khác/ Others	.....	.....
<b>Tổng cộng/ Total</b>	.....	Địa chỉ Ngân hàng/ Bank address:..... .....

**D/ CAM KẾT/ DECLARATION**

Tôi cam oan r ng nh ng thông tin trên là chính xác và y . Tôi c ng ng ý r ng v i Gi y yêu c u này, tôi cho phép công ty b o hi m và i đi n c a h ti p c n v i các bên th ba thu th p thông tin c n thi t cho vi c xét b i th ng này bao g m, nh ng không gi i h n vi c tí p c n bác s ã và ang i u tr cho tôi.

I declare that all information, to the best of my knowledge, provided on this claim form is truthful and correct. I also understand that this declaration gives permission to the insurer and their appointed representatives to approach any third party for information required to complete their assessment of this claim including, but not limited to, my current and previous Medical Practitioners.

Ngày/ Date: ...../...../.....

Ch ký ng i yêu c u b i th ng/ Claimant's Signature

