

THÔNG BÁO BỒI THƯỜNG – CLAIM FORM

Thông báo bồi thường này không phải việc thừa nhận trách nhiệm pháp lý của Công ty bảo hiểm/ *This claim form is not an admission of liability.*

Vui Lòng sử dụng thông báo bồi thường riêng cho mỗi đợt khám/điều trị/ *Please use a separate claim form for each separate admission.*

Bảo hiểm sức khỏe toàn cầu – MIC Global Care

Lưu ý quan trọng/Important notes:

1. Các thông tin trong mẫu thông báo bồi thường này cần phải được cung cấp bởi bên mua bảo hiểm. Bên mua bảo hiểm cần đảm bảo chữ ký trong yêu cầu bồi thường này trùng khớp với chữ ký tại Giấy yêu cầu bảo hiểm hoặc hợp đồng bảo hiểm/ *This form is to be completed by the Policyholder. Please ensure that your signature tallies with the signature that is provided to our Company.*
2. Để đảm bảo yêu cầu bồi thường có thể được xử lý chính xác, vui lòng cung cấp đầy đủ các thông tin hoặc tài liệu được yêu cầu dưới đây/ *To enable us to process your claim promptly, please ensure that the form is fully completed.*
3. MIC có quyền yêu cầu cung cấp thêm các thông tin/ tài liệu trong trường hợp cần xác minh/ *We reserve our rights to request additional information or documents if needed.*
4. Yêu cầu bồi thường cần được gửi đến MIC cùng với tất cả các tài liệu liên quan trong vòng 30 ngày kể từ ngày điều trị/ *Claims must be submitted along with all supporting documents within 30 days from the date of treatment.*

A. Thông tin về Hợp đồng bảo hiểm/ GCN bảo hiểm/ Information about Policy/ Insurance Certificate

Bên mua bảo hiểm/ Policyholder:		Số hợp đồng/GCN bảo hiểm/ Policy number:	
CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐIỀU TRỊ/ PATIENT'S DETAILS			
Họ và tên Người điều trị/Patient name:		Ngày sinh/Date of birth: dd / mm / yyyy	
Số CMT/CCCD/Hộ chiếu/ ID/Passport number:	Quốc tịch/ Nationality:	Giới tính/ Gender: (M/F)	Chương trình bảo hiểm/ Plan:
Email address:		Số điện thoại/ Contact number:	

B. THÔNG TIN KHÁC VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM/ OTHER INSURED'S DETAILS

Bạn có đang tham gia một đơn bảo hiểm sức khỏe tại công ty bảo hiểm khác hay không? / <i>Do you have other medical plans with other insurance companies?</i> ☐ Có/Yes ☐ Không/ No Nếu “Có”, vui lòng cung cấp số hợp đồng bảo hiểm, ngày bắt đầu bảo hiểm và tên công ty bảo hiểm. / <i>If “Yes”, please state the Policy No., Commencement date and the name of the Insurer.</i>		
Số Hợp đồng/GCN/Policy number	Ngày bắt đầu bảo hiểm/ Commencement date	Công ty bảo hiểm/ Insurer
Bạn đã gửi yêu cầu bồi thường đến Công ty bảo hiểm trên hay chưa? / <i>Has a claim been submitted with the above Insurers?</i> ☐ Có / Yes ☐ Không / No		
Nếu bạn trả lời “Có” cho một trong hai câu hỏi này, bạn vui lòng cho biết tên của Công ty Bảo hiểm đó/ <i>If you have answered ‘Yes’ to either of these questions, please give the name of the related insurance company involved.</i> Vui lòng gửi kèm bản sao thư giải quyết yêu cầu bồi thường/chứng từ thanh toán từ Công ty bảo hiểm đó/ <i>Kindly submit a copy of the other insurance company’s claim settlement letter/payment voucher.</i>		

C. XÁC NHẬN CỦA NGƯỜI ĐIỀU TRỊ/BÊN MUA BẢO HIỂM/ PATIENT/POLICYHOLDER'S DECLARATION

Tôi xin xác nhận: 1. Tôi ủy quyền cho Bác sỹ, Bệnh viện/Phòng khám hoặc bất kỳ tổ chức y tế nào khác cung cấp thông tin và/hoặc hồ sơ y tế, theo chẩn đoán và/hoặc điều trị bằng thuốc cho tôi hoặc gia đình tôi là Người được bảo hiểm, và 2. Tôi ủy quyền cho Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Quân Đội là Công ty bảo hiểm phát hành Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm Sức khỏe toàn cầu và các bên thứ ba được chỉ định; để thu thập thêm thông tin/hồ sơ y tế từ Bệnh viện và/hoặc các bên khác liên quan đến chẩn đoán và/hoặc các dịch vụ y tế được cung cấp cho tôi hoặc các thành viên được bảo hiểm trong gia đình tôi những thông tin liên quan đến quá trình xử lý khiếu nại theo Hợp đồng bảo hiểm/Giấy chứng nhận bảo hiểm và điều kiện điều khoản hiện có.

3. Rằng tất cả thông tin trên Mẫu yêu cầu bồi thường (Bệnh nhân nội trú) đã được viết một cách trung thực và tôi đồng ý rằng Thư Ủy quyền này sẽ được sử dụng ngay lập tức.
4. Bản sao của xác nhận này là hợp lệ và có hiệu lực tương ứng với bản gốc.
5. Tôi ủy quyền/không ủy quyền cho người trung gian Bảo hiểm của tôi thay mặt tôi thảo luận về các tình trạng y tế cần thiết với Công ty bảo hiểm của tôi hoặc trung gian Bảo hiểm được ủy quyền.

I hereby confirm:

1. *That I authorize the Physician, Hospital/ Clinic or any other medical institution to give the information and/ or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family which being as the Insured, and*
2. *That I authorize Military Insurance Corporation / product name GLOBAL CARE and its designated third party administrators; to gather further information/ medical records from the Hospital and/ or other parties related to the diagnosis and/or health services provided to me or eligible members of my family which may be required to process the claim in accordance with existing policy and term conditions.*
3. *That all information on this Reimbursement claim Form (In-Patient) was written truthfully and I hereby agree that this Letter of Authority to be used promptly.*
4. *That copy of this Declaration is as valid and has power in accordance with the original document.*
5. *I authorize/do not authorize my xxx's Insurance intermediary to discuss medical conditions as necessary with my Insurer or its authorized Insurance intermediary on my behalf.*

Chữ ký của Người được điều trị/ Bên mua bảo hiểm/ Patient/Policyholder signature:

Ngày tháng/ Date:

D. TÀI LIỆU KÈM THEO / DOCUMENTS TO BE SUBMITTED

Vui lòng đánh dấu vào các ô bên dưới và gửi các tài liệu bắt buộc. Nếu các tài liệu bắt buộc không được gửi hoặc không đầy đủ, yêu cầu của bạn chỉ được xử lý khi nhận được đầy đủ các tài liệu. MIC có quyền xác định xem có thể từ bỏ bất kỳ tài liệu nào dưới đây hay không. MIC sẽ thông báo cho bạn hoặc tư vấn tài chính của bạn nếu MIC cần lấy thêm thông tin từ bạn hoặc các bên khác để xử lý yêu cầu của bạn/ *Please put a tick in the boxes below and submit the mandatory documents. If the mandatory documents are not submitted or partially submitted, your claim will only be processed upon receipt of the full documents. We reserve the right to determine if any of the documents below can be waived. We will notify you or your Financial Consultant if we need to obtain further information from you or other parties to assess your claim.*

- ☐ Thông báo bồi thường được điền đầy đủ thông tin (Bản gốc)/ *Claim Form which is to be completed fully (original)*
- ☐ Bản gốc hóa đơn y tế thể hiện các chi phí điều trị/ *Original final itemized medical bills*
- ☐ Bản gốc bằng chứng thanh toán/biên lai thanh toán. (Nếu yêu cầu trợ cấp tiền mặt, bản sao của hóa đơn cuối cùng được chấp nhận)/ *Original proof of payment/ payment receipt. (If claiming for a cash benefit, a copy of the final bill is acceptable)*
- ☐ Bản sao kết quả xét nghiệm chẩn đoán (kết quả xét nghiệm, chụp X-quang, v.v.), báo cáo tóm tắt xuất viện của bệnh nhân nội trú/ *Copy of diagnostic test result (Laboratory result, X-Ray, etc.), Inpatient discharge summary report*
- ☐ Bản sao đơn thuốc được bác sỹ kê cho các loại thuốc mua ở hiệu thuốc bên ngoài hệ thống/ *Copy of doctor's prescription for medicines purchased at an external pharmacy*
- ☐ Bản sao các bảng kê thanh toán viện phí và Bản sao Thư thanh toán từ Công ty bảo hiểm/ Chủ lao động (nếu yêu cầu số dư từ xxx)/ *Copy of final itemized medical bills and Copy of Settlement letter from Insurer/Employer (if claiming balances from xxx)*

E. THÔNG TIN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG / ADMINISTRATIVE SPECIFIC TO REIMBURSEMENT CLAIMS

Số tiền yêu cầu bồi thường/ <i>Amount claimed:</i>	
Tên Người thụ hưởng bảo hiểm (CHỮ IN HOA)/ <i>Beneficiary name (IN CAPITAL LETTERS):</i>	
Thông tin chuyển khoản ngân hàng (Chi tiết ngân hàng sẽ được yêu cầu nếu trước đó không được khai báo trong đơn đăng ký) / <i>Telegraphic bank transfer (Bank details will be required if previously not declared in application form)</i>	
Số tài khoản ngân hàng/ <i>Bank account number:</i>	Địa chỉ ngân hàng/ <i>Bank address:</i>
Tên ngân hàng/ <i>Name of bank:</i>	

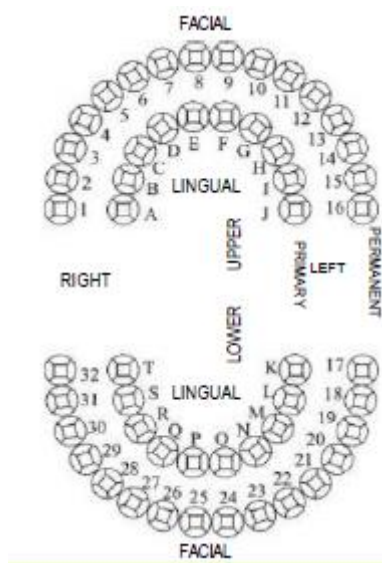
Mã SWIFT ngân hàng/ <i>Bank SWIFT code:</i>	
Thanh toán sẽ được thực hiện bằng đơn vị tiền tệ được xác định trong chương trình bảo hiểm của bạn trừ khi chúng tôi có thỏa thuận khác bằng văn bản. <i>Payment will be made in the currency defined in your plan unless we agreed otherwise in writing.</i>	
Việc điều trị ban đầu được thanh toán bằng đơn vị tiền tệ nào?/ <i>In which currency was the treatment originally billed?</i>	

Part II – Thông tin chi phí y tế của người được bảo hiểm được xác nhận bởi bác sỹ (Chỉ áp dụng cho trường hợp điều trị tại nước ngoài)/ To be completed by the Medical Practitioner at the Policyholder's expense (Applied for aboard treatment only)

Lưu ý quan trọng/ Important note:

- Phần II được hoàn thành bởi bác sỹ/ *Part II of this form is to be completed by the Medical Practitioner.*
- Để đảm bảo yêu cầu bồi thường có thể được xử lý chính xác, vui lòng cung cấp đầy đủ các thông tin hoặc tài liệu được yêu cầu dưới đây/ *To enable us to process the Life Assured's claim promptly, please ensure that the form is fully completed.*
- MIC có quyền yêu cầu cung cấp thêm các thông tin hoặc tài liệu trong trường hợp cần xác minh/ *We reserve our rights to request additional information or documents if needed.*

F. THÔNG TIN Y TẾ (Phần F. được hoàn thành bởi nha sỹ)/ MEDICAL SECTION (Section F. to be completed by Dentist)

Thời gian khởi phát bệnh/ <i>Duration of illness:</i>			
Ngày khám/ <i>Date of consult:</i>			
Nguyên nhân và triệu chứng/ <i>Complaint & main symptoms:</i>			
Chẩn đoán/ <i>Diagnosis:</i>			
Các biểu hiện khác của bệnh/ <i>Other conditions:</i>			
Vui lòng đánh dấu vào ô thích hợp/ <i>Please tick when appropriate:</i> ☐ Kiểm tra định kỳ/ <i>Routine Check-up</i> ☐ Bẩm sinh/Trong giai đoạn phát triển/ <i>Congenital/Development</i> ☐ Tai nạn lao động/ <i>Work Related Accident</i> ☐ Tai nạn giao thông/ <i>Road Traffic Accident</i> ☐ Chính nha/ <i>Orthodontics</i> ☐ Phẫu thuật thẩm mỹ/ <i>Aesthetics/cosmetic</i> ☐ Tai nạn do chơi thể thao/ <i>Sports Related</i>			
Vui lòng trình bày diễn biến tai nạn? Ngày/giờ xảy ra tai nạn và nguyên nhân của vụ tai nạn đó/ <i>Please describe how Accident occurred? State date/ time of the Accident and Cause of Accident.</i>			
Ghi rõ các xét nghiệm và hoặc thủ thuật đã được thực hiện với các răng tương ứng trong sơ đồ răng phía trên/ <i>Specify the recommended investigation, and or procedures using the tooth number as shown on the teeth map above</i>			
Mã dịch vụ/ <i>Service code</i>	Dịch vụ/ <i>Service description</i>	Răng số/ <i>Tooth no.</i>	Giá dịch vụ/ <i>Service cost</i>

G. THÔNG TIN Y TẾ (Phần G. được hoàn thành bởi bác sỹ)/ MEDICAL SECTION (Section G. to be completed by Medical Practitioner)

Triệu chứng hiện tại/ <i>Symptoms presented:</i>	Ngày đầu tiên bệnh nhân nhận biết được các dấu hiệu hay triệu chứng của tình trạng này/ <i>Date the patient first became aware of any signs or symptoms for this condition:</i> dd/mm/yyyy	Ngày đầu tiên người bệnh gặp bác sỹ thăm khám cho tình trạng này/ <i>Date on which the patient first presented to any doctor for this condition:</i> dd/mm/yyyy
Khám lâm sàng/ <i>Physical findings:</i>	Sinh hiệu/ <i>Vital signs:</i> Mạch/ <i>Pulse:</i>	Nhiệt độ/ <i>Temp:</i> Nhịp thở/ <i>Resp:</i>

		Huyết áp/ BP:	
Chẩn đoán ban đầu/ <i>Provisional diagnosis/condition:</i>		Chẩn đoán xác định/ <i>Final diagnosis:</i>	
Nếu có triệu chứng nào, vui lòng cho biết/ <i>If there are symptoms presented, please advise:</i> a) Triệu chứng tồn tại trong bao lâu trước khi bạn đến khám?/ <i>How long has the symptom existed prior to consulting you?</i>		b) Bắt đầu có triệu chứng từ khi nào?/ <i>When did the symptoms first start?</i>	
Nếu không có triệu chứng nào biểu hiện, bệnh nhân đến gặp bác sỹ để làm gì?/ <i>If there is no symptom presented, what prompted the patient to see you?</i>			
Theo ý kiến chuyên khoa của bác sỹ, dựa vào nguyên nhân gây bệnh thì bác sỹ nghĩ rằng tình trạng bệnh này đã tồn tại trong bao lâu?/ <i>In your expert opinion, given the etiology of the condition, how long do you think the condition has been presented?</i>			
Kiểm tra (các xét nghiệm, kiểm tra cần thiết được chỉ định/ yêu cầu để chẩn đoán bệnh)/ <i>Investigation (describe necessary investigation requested/required to define the diagnosis):</i>			
Bệnh nhân có biết bác sỹ thông qua một bác sỹ khác giới thiệu không?/ <i>Was the patient referred to you by another Medical Practitioner?</i> ☐ Có/ <i>Yes</i> ☐ Không/ <i>No</i> Nếu “Có”, vui lòng cung cấp tên bác sỹ giới thiệu và thông tin liên hệ/ <i>If “Yes”, please provide the name of referring Medical Practitioner & contact details.</i>			
Bệnh nhân có bất kỳ tình trạng y tế nào liên quan đến bệnh không?/ <i>Does the patient have any related medical condition?</i> ☐ Có/ <i>Yes</i> ☐ Không/ <i>No</i> Nếu “Có”, vui lòng cho chúng tôi biết các tình trạng đó và mô tả sự liên quan đó?/ <i>If “Yes”, please state and explain the relation.</i>			
Bệnh nhân có gặp phải tình trạng y tế nghiêm trọng nào khác không?/ <i>Does the patient suffer from other significant medical condition(s)?</i> ☐ Có/ <i>Yes</i> ☐ Không/ <i>No</i> Nếu “Có”, vui lòng mô tả tình trạng y tế và ngày được chẩn đoán bệnh/ <i>If “Yes, please state the medical condition(s) and the date of diagnosis.</i>			
Tình trạng y tế/ <i>Medical Condition</i>	Ngày có chẩn đoán/ <i>Date of diagnosis</i>	Phương pháp điều trị/ <i>Treatment given</i>	
Trước đó, bệnh nhân có thăm khám/ điều trị/ nhập viện cho tình trạng này, các tình trạng hay triệu chứng có liên quan và/ hoặc các tình trạng nào khác không?/ <i>Has the patient received any previous consultation/treatment/hospitalization for this condition, associated conditions or symptoms and/or other conditions?</i> ☐ Có/ <i>Yes</i> ☐ Không/ <i>No</i> Nếu “Có”, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết/ <i>If “Yes, please provide details.</i>			
Ngày bắt đầu điều trị/ <i>Date of treatment</i>	Tình trạng y tế/ <i>Medical Condition</i>	Tên và địa chỉ của bác sỹ điều trị/ <i>Name and Address of Doctor</i>	

Có tình trạng y tế, điều trị, phẫu thuật nào liên quan đến quá trình điều trị này không?/ <i>Is the condition/ treatment/ surgery related to any of these?</i> Nếu “Có”, vui lòng đánh dấu vào ô trống. / If “Yes”, please tick. ☐ Thai sản hoặc sinh con/ <i>Pregnancy or childbirth</i> ☐ Di tật bẩm sinh/ <i>Congenital anomaly</i> ☐ Phá thai hoặc sảy thai/ <i>Abortion or miscarriage</i> ☐ Di truyền hoặc rối loạn nhiễm sắc thể/ <i>A genetic or chromosomal disorder</i>	☐ Vô sinh hoặc đang điều trị vô sinh/ <i>Infertility or sub-fertility condition</i> ☐ Tâm thần hoặc đang điều trị tâm thần/ <i>Mental or psychiatric condition</i> ☐ Bệnh lây qua đường tình dục/ <i>Sexually transmitted disease</i> ☐ Các hậu quả của phẫu thuật thẩm mỹ gây ra/ <i>Cosmetics reason</i>	
Nếu yêu cầu bồi thường liên quan đến việc mang thai, việc mang thai này có phải là mang thai tự nhiên không?/ <i>If claim is related to pregnancy, is pregnancy conceived from natural conception?</i> ☐ Có/ Yes ☐ Không/ No		
Tình trạng y tế/ thương tật có phải do tai nạn gây ra không?/ <i>Is the medical condition/ injury caused by an accident?</i> ☐ Có/ Yes ☐ Không/ No Nếu “Có”, vui lòng đánh dấu vào ô trống/ If “Yes”, please tick. ☐ Tai nạn giao thông/ <i>Road traffic accident</i> ☐ Tai nạn lao động/ <i>Work related accident</i> ☐ Nguyên nhân khác/ <i>Others:</i> _____ Vui lòng trình bày diễn biến vụ tai nạn? Ngày/ giờ xảy ra tai nạn và nguyên nhân của vụ tai nạn/ <i>Please describe how Accident occurred? State date/time of the Accident and Cause of Accident.</i> 		

H. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ/ *TREATMENT ADVISED*

Kế hoạch điều trị/ <i>Treatment plan:</i>			
Thuốc/ <i>Medicines:</i>	Liều dùng/ <i>Dose:</i>	Số lượng/ <i>Frequency:</i>	Thời gian/ <i>Duration:</i>
Phương pháp (Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết các phương pháp đã thực hiện)/ <i>Procedure (please give details of medical procedures if any):</i>			
Mã bệnh theo ICD/ <i>ICD Code:</i>	Mã phẫu thuật/ <i>Surgical Code:</i>		
Chi phí viện phí dự trù/ <i>Estimated hospital costs:</i> Loại phòng/ <i>Room type:</i> Tiền phòng mỗi đêm/ <i>Room per night:</i> Tổng chi phí phòng và viện phí dự trù/ <i>Total room & all hospital costs estimate:</i>	Phí bác sỹ phẫu thuật và gây mê dự trù/ <i>Estimated fees for surgeon and anesthetist:</i> Phí thăm khám hàng ngày dự trù/ <i>Daily visit estimate:</i> Công phẫu thuật dự trù/ <i>Surgery estimate:</i> Phí bác sỹ dự trù/ <i>Treating doctor's total estimate cost (a + b):</i> Chi phí gây mê dự trù/ <i>Anesthetist's estimate cost:</i>		
Thời gian dự trù (trong bao nhiêu ngày)/ <i>Estimated length of treatment (in days):</i>			

I. ĐIỀU TRỊ KHÁC/ *FURTHER TREATMENT PLAN*

Vui lòng cung cấp thông tin chi tiết cho bất cứ việc điều trị nào khác/ <i>Please give details of any further treatment plan:</i>

J. XÁC NHẬN CỦA BÁC SỸ/ *MEDICAL PRACTITIONER'S DECLARATION*

Tôi xin xác nhận rằng tôi đã khám và điều trị cho bệnh nhân có các tình trạng y tế nêu trên và cung cấp sự thật ý kiến của tôi về các tình trạng mà người được bảo hiểm gặp phải. Tôi xác nhận rằng toàn bộ thông tin được cung cấp là đúng và chính xác và tôi không giữ bất cứ thông tin quan trọng nào/ <i>I HEREBY CERTIFY that I have personally examined and</i>

treated the Patient in connection with the above condition and that the facts as given above present my opinion of his/her condition. I declare that the information provided on this form is true and accurate and I did not withhold any material information.

Tên bác sỹ/ *Name of Medical Practitioner:*

Ngày/ *Date:*

Chữ ký bác sỹ/ *Signature of Medical Practitioner:*

Dấu xác nhận của bệnh viện/ phòng khám/

Hospital/ clinic stamp