

Dental - Claim Form**Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa****Section A. Claim information - To be completed by Claimant****Thông tin bồi thường- 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	☐ Male Nam	☐ Female Nữ	Date of birth Ngày tháng năm sinh
Contact telephone no. Số điện thoại liên hệ		Email Hộp thư	
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			
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 - To be completed by the Patient or His/Her Legal representative**Bồi thường - 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	Beneficiary Người thụ hưởng
Bank name Tên ngân hàng	Passport/ID card No. Số passport/CMND/CCCD



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

Bank branch Chi nhánh ngân hàng
Address Địa chỉ
VND bank account Tài khoản bằng VND

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/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. By
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.

Date

Signature of the Claimant
Chữ ký của người yêu cầu bồi thường



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

Section C: Dentist's report - To be completed by the Attending Dentist

Báo cáo Nha Sĩ - Các thông tin được cung cấp bởi Nha Sĩ Chữa Trị

Patient full name Họ tên bệnh nhân	Date of birth Ngày tháng năm sinh	Sex Giới tính	☐ Male Nam	☐ Female Nữ
Contact telephone no. Số điện thoại liên hệ	Email Hộp thư			
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				
If the cause of treatment relates to an accident Nếu nguyên nhân của sự điều trị liên quan đến tai nạn				
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				

Treatment details

Chi tiết điều trị

Date Ngày	Treatment rendered Loại chữa trị	Charges Chi phí

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	



Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

Date
Ngày

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

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)

Name
Tên

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

