

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	
<hr/>		<hr/>	
Membership card no./Số thẻ bảo hiểm		Name of patient/Tên bệnh nhân	
<hr/>		<hr/>	
Sex Giới tính	☐ Male/Nam	☐ Female/Nữ	Date of birth/Ngày tháng năm sinh
<hr/>			<hr/>
Contact telephone no./Số điện thoại liên hệ		Email/Hộp thư	
<hr/>		<hr/>	
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.			
<hr/>			
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.			
<hr/>			
Have You/ Insured currently been covered under any Health/Personal Accident/Life Insurance contract? (if YES, please list out the name of Insurers) Hiện tại Anh/Chị/Người được bảo hiểm có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ nào khác không (nếu có, vui lòng liệt kê các công ty bảo hiểm đó).			
<hr/>			

Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

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 hộ chiếu/CMND/CCCD
Bank branch/Chi nhánh ngân hàng	Issued date/Ngày phát hành
Address/Địa chỉ	Issued place/Nơi phát hành
VND bank account/Tài khoản bằng VND	Expiry date (Ngày hết hạn)

Declaration

Cam đoan

I hereby declare that the above made statements and the attached Medical document including but no limited such as personal information, medical documents, medical history... are true and complete to the best of my knowledge and take responsibility for this truly information, and that I understand it is made for use as evidence for Chubb's claims process.

Tôi cam kết rằng các thông tin mà tôi đã cung cấp trong đơn YCBT và trong hồ sơ bồi thường bao gồm nhưng không giới hạn: thông tin cá nhân, hồ sơ bệnh án, thông tin khai báo bệnh sử ... được đính kèm là hoàn toàn đầy đủ, đúng sự thật và chịu toàn bộ trách nhiệm về tính chính xác của những thông tin này cũng như hiểu rằng đây sẽ là bằng chứng xác thực cho quá trình giải quyết bồi thường của Chubb.

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.chubb.com/vn-en/footer/assurance-privacy-notice.html>; 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.chubb.com/vn-vn/footer/assurance-privacy-notice.html>, 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 Chubb Assurance Vietnam Limited. A photocopy of this authorization will be as valid as the original.

Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

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 Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam. Bản sao của sự cho phép này cũng có giá trị ngang bản gốc.

By signing below, I consent that the personal information collected or held by Chubb Assurance Vietnam 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.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi đồng ý rằng các thông tin cá nhân được thu thập hoặc nắm giữ bởi Công ty TNHH Bảo hiểm Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam (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

Signature of the Insured
Chữ ký của người được bảo hiểm

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's 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

Dental - Claim Form

Yêu cầu bồi thường điều trị nha khoa

Please mark teeth on the chart below

Xin vui lòng đánh dấu các răng chữa trị theo sơ đồ dưới đây

<div><div>□□□□□□□□</div><div>RIGHT</div><div>□□□□□□□□</div></div>	<div>LIBIAL</div> <div>LINGUAL</div> <div>LIBIAL</div>	<div><div>□□□□□□□□</div><div>LEFT</div><div>□□□□□□□□</div></div>
---	--	--

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)

<div>Name Tên</div> <div></div>	<div>Address Địa chỉ</div> <div></div>
-------------------------------------	--

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