

MẪU ĐƠN YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM

(Mẫu đơn yêu cầu trả tiền bảo hiểm này không phải là một cam kết trách nhiệm bồi thường)

Mã số chấp thuận trước:

Số thẻ bảo hiểm:

Ngày tiếp nhận:

Người nhận:

Vui lòng điền đầy đủ thông tin vào biểu mẫu để đảm bảo quá trình xử lý hồ sơ nhanh và chính xác.
Tất cả các mục đều là bắt buộc. Chúng tôi sẽ không thể xử lý được biểu mẫu chưa hoàn thiện.

A. PHẦN QUẢN LÝ HÀNH CHÍNH (Mục này do chủ hợp đồng hoàn thiện)

Tên chủ hợp đồng:

Số hợp đồng:

E-mail:

Số điện thoại liên lạc:

PHẦN THÔNG TIN CÁ NHÂN CỦA BỆNH NHÂN/NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên của bệnh nhân/
người được bảo hiểm:

Ngày sinh:
(ngày/tháng/năm)

Số CMTND/Hộ chiếu:

Giới tính:

Nam ☐

Nữ ☐

Chương trình bảo hiểm:

E-mail:

Số điện thoại liên lạc:

PHẦN DÀNH RIÊNG CHO CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM NHÓM

Tên đơn vị sử dụng lao động:

Nghề nghiệp người được bảo hiểm:

Ngày bắt đầu hợp đồng lao động:
(ngày/tháng/năm)

Tên của người đại diện:

B. THÔNG TIN Y TẾ CHI TIẾT

Đã có bất kỳ tư vấn/điều trị/nằm viện nào cho tình trạng y tế này và/hoặc các tình trạng có liên quan hoặc triệu chứng bệnh, tại bệnh viện hoặc bất kỳ cơ sở y tế nào như phòng khám, y học cổ truyền, bác sỹ thực hiện phương pháp điều trị thay thế, vv...? Có ☐ Không ☐

Nếu Có, vui lòng cung cấp thông tin chi tiết dưới đây:

Ngày (ngày/tháng/năm)	Bệnh hoặc rối loạn (Chi tiết cho loại điều trị / tư vấn)	Tên bác sĩ và bệnh viện/cơ sở y tế	Chi tiết về địa chỉ và số điện thoại liên lạc

Vui lòng cung cấp chi tiết về bác sĩ của bạn (nếu có) vào phần dưới đây:

Ngày (ngày/tháng/năm)	Bệnh hoặc rối loạn (Chi tiết cho loại điều trị / tư vấn)	Tên bác sĩ và bệnh viện/cơ sở y tế	Chi tiết về địa chỉ và số điện thoại liên lạc

Nếu tình trạng y tế/chấn thương gây ra bởi tai nạn, vui lòng mô tả tai nạn xảy ra như thế nào và cung cấp bản sao tường trình tai nạn có xác nhận của Cơ quan có thẩm quyền hoặc Cơ quan y tế.

C. PHẦN THÔNG TIN Y TẾ (Phần này do bác sĩ thực hiện)

Những triệu chứng biểu hiện ra:

Ngày đầu tiên bệnh nhân nhận thức được bất kỳ
dấu hiệu hoặc triệu chứng do tình trạng y tế này:
(ngày/tháng/năm)

Ngày đầu tiên bệnh nhân đến thông báo với
bác sĩ vì tình trạng y tế này:
(ngày/tháng/năm)

Tình trạng y tế / Chẩn đoán:

Điều tra bệnh (Mô tả các điều tra bệnh cần thiết được yêu cầu để xác định chẩn đoán)

Kế hoạch điều trị thêm sau này:

Nếu yêu cầu trả tiền bảo hiểm này liên quan tới việc mang thai, mang thai này có phải do thụ thai tự nhiên không? Có ☐ Không ☐

Ngày nhập viện và xuất viện (chỉ áp dụng cho nằm viện): từ (ngày/tháng/năm) đến (ngày/tháng/năm)

Theo ý kiến chuyên môn của anh/chị, tình trạng bệnh này đã biểu hiện được bao lâu?

Người được bảo hiểm có bất kì tình trạng y tế liên quan nào không? Có ☐ Không ☐ Nếu "Có", vui lòng nêu rõ và giải thích sự liên quan
Người được bảo hiểm có bất kì tình trạng y tế nào nghiêm trọng nữa không? Có ☐ Không ☐ Nếu "Có", vui lòng nêu rõ tình trạng y tế và ngày có chẩn đoán

ĐIỀU TRỊ ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH (Chỉ áp dụng khi có sự chấp thuận trước)	
Tên bệnh viện dc chấp nhận:	Ngày điều trị:
Kế hoạch điều trị:	Thời gian điều trị dự kiến (số ngày):
Loại phòng:	Chi phí dự kiến cho bác sĩ điều trị(i+ii): i. Chi phí dự kiến thăm khám hàng ngày: ii. Chi phí dự kiến cho phẫu thuật:
Tiền phòng mỗi đêm:	Chi phí dự kiến cho bác sĩ gây mê:
Tổng chi phí tiền phòng và viện phí dự kiến:	Tổng chi phí dự kiến cho bác sĩ điều trị/phẫu thuật và gây mê:

TUYÊN BỐ CỦA BÁC SĨ		
Tôi tuyên bố rằng tôi là bác sĩ của bệnh nhân, và rằng các phần được nêu trên là đúng và chính xác trong mức độ hiểu biết của mình:		
Tên: _____	Chữ ký: _____	Số điện thoại liên lạc: _____
Đóng dấu của phòng khám/bệnh viện: _____		Ngày: _____

D. TUYÊN BỐ VÀ ỦY QUYỀN BỞI CHỦ HỢP ĐỒNG		
Tôi sau đây tuyên bố và cho phép:		
1. Rằng tôi cho phép bác sĩ, bệnh viện/phòng khám hoặc bất kì một viện y tế nào được cung cấp thông tin và/hoặc tài liệu lưu trữ y tế, theo như chuẩn đoán và/hoặc điều trị y tế được tiến hành cho tôi hoặc thành viên gia đình tôi những người được bảo hiểm, và		
2. Rằng tôi cho phép PJICO và Bên thứ ba được chỉ định thu thập thêm thông tin/các tài liệu lưu trữ y tế từ Bệnh viện và/hoặc từ 1 bên khác có liên quan tới chuẩn đoán và/hoặc dịch vụ chăm sóc sức khoẻ được cung cấp cho tôi hoặc thành viên gia đình tôi mà là cần thiết cho quá trình xử lý yêu cầu bồi thường phù hợp với hợp đồng bảo hiểm hiện có và các điều kiện điều khoản.		
3. Rằng tất cả thông tin trên mẫu đơn nhập viện/chấp thuận trước (cho điều trị nội trú) bằng văn bản là trung thực và tôi sau đây đồng ý rằng Thu uỷ quyền này sẽ được sử dụng tức thì.		
4. Bản sao của Tuyên bố này có giá trị và hiệu lực giống với bản gốc.		
5. Rằng sự chấp thuận (nếu có) cho đơn yêu cầu trả tiền bảo hiểm này không ảnh hưởng tới nghĩa vụ phải thực hiện các các điều khoản và điều kiện theo hợp đồng mà tôi và gia đình tôi được bảo hiểm, và ngoài ra, PJICO không có nghĩa vụ phải trả cho các chi phí đang phát sinh của điều trị tiếp tục hoặc tương tự, kể cả PJICO trước đó đã chi trả cho điều trị như thế này, sau đó phát hiện yêu cầu trả tiền bảo hiểm này là cho một điều trị không hợp lệ.		
6. Tôi cho phép Chuyên gia tư vấn tài chính/ Môi giới / Đại lý của mình thảo luận về tình trạng y tế nếu cần thiết với công ty bảo hiểm hoặc đại lý được uỷ quyền nhân danh cá nhân tôi hoặc hồi ý kiến.		
Vui lòng điền dấu vào ô ☐ nếu bạn không cho phép người tư vấn tài chính/môi giới/đại lý của mình thảo luận về trình trạng y tế với công ty bảo hiểm hoặc đại lý được uỷ quyền nhân danh cá nhân bạn.		
Ngày: _____ Chữ ký chủ hợp đồng: _____		

Tên NĐBH / Chủ hợp đồng:	Số CMTND/hộ chiếu của NĐBH/Chủ hợp đồng:	Quan hệ với chủ hợp đồng:
Chữ ký của NĐBH/Chủ HĐBH:	Địa chỉ nhận thư:	Số điện thoại liên hệ:
Tên Đại lý/Tư vấn bảo hiểm:	Số điện thoại liên hệ:	

E. NHỮNG VĂN BẢN CẦN PHẢI NỘP KÈM THEO ĐƠN YÊU CẦU TRẢ TIỀN BẢO HIỂM:	
☐ Mẫu yêu cầu trả tiền bảo hiểm bản gốc có điền đầy đủ thông tin	
☐ Phiếu thu gốc cuối cùng chi tiết các điều trị và hoá đơn thanh toán (Nếu yêu cầu trả tiền cho quyền lợi "Trợ cấp tiền mặt", chấp nhận bản sao cho những hoá đơn cuối cùng)	
☐ Bản sao kết quả kiểm tra, chẩn đoán (Kết quả xét nghiệm, chụp X-quang, vv...), Báo cáo tóm tắt xuất viện	
☐ Bản sao đơn thuốc của bác sĩ	
☐ Bản sao hoá đơn, phiếu thu chi tiết từng khoản mục cuối cùng và bản sao thư bảo lãnh của công ty bảo hiểm/chủ sử dụng lao động (nếu quyết toán trả tiền bảo hiểm từ PJICO)	

F. SỐ TIỀN YÊU CẦU HOÀN TRẢ	
Tổng số tiền yêu cầu hoàn trả:	
Thư báo chuyển tiền qua ngân hàng. Chủ tài khoản phải là chủ hợp đồng.	
Tên người thu hưởng: _____	Mã SWIFT code: _____
Số tài khoản : _____	Chi nhánh : _____
Tên ngân hàng : _____	Địa chỉ : _____

Nếu bạn có bất kì câu hỏi nào liên quan tới biểu mẫu này hoặc bất kì câu hỏi nào cần tư vấn về chương trình bảo hiểm, vui lòng liên lạc tới số điện thoại Dịch vụ Khách hàng trên thẻ bảo hiểm. Đơn yêu cầu trả tiền bảo hiểm phải được gửi kèm với tất cả các giấy tờ văn bản bổ sung trong thời gian quy định kể từ ngày điều trị theo địa chỉ: Công ty TNHH Dịch vụ Nam Á (SAS), Tòa nhà Central Park – Lầu 8, Số 208 Nguyễn Trãi, Quận 1, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam. Để biết chi tiết về thời gian yêu cầu nộp hồ sơ trả tiền bảo hiểm, vui lòng tham khảo mục "8.2.2. Hồ sơ trả tiền bảo hiểm đối với các yêu cầu bồi hoàn".