

BẢN CÂU HỎI VỀ VIỆC ĐIỀU TRỊ
TREATMENT QUESTIONNAIRE

Đường Dây Gọi Miễn Phí:
1-800-562-3022
PO Box 45561
Olympia, WA 98504-5561

TÊN BỆNH NHÂN		SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA BỆNH NHÂN ()	
<p>Hoàn tất mẫu đơn này và gửi lại trong một phong bì đã trả bưu phí. Chúng tôi đã chi trả một hóa đơn về việc điều trị bệnh của _____ đã được gửi đến cho chúng tôi vào _____ đối với các dịch vụ vào _____. Theo luật lệ chúng tôi phải xem bất kỳ bảo hiểm nào khác sẵn có hay không.</p>			
A. THÔNG TIN SỰ CÓ/TAI NẠN			
NGUYÊN NHÂN THƯƠNG TÔN HOẶC BỆNH TẬT			
<input type="checkbox"/> Tai Nạn Xe Máy		<input type="checkbox"/> Thương tổn khi đang làm việc	
<input type="checkbox"/> Tấn Công		<input type="checkbox"/> Tình Trạng Sức Khỏe/Bệnh Tật (chứng viêm khớp, tiểu đường, v.v.) (Bỏ qua Mục A, B, & C; hoàn tất Mục D ở mặt sau.)	
<input type="checkbox"/> Mục Khác (sự sơ xuất trong khi chữa bệnh, té ngã, v.v.) _____			
NGÀY XÂY RA THƯƠNG TÔN DO SỰ CÓ/TAI NẠN GÂY RA			
LIỆT KÊ TẤT CẢ THƯƠNG TÔN DO SỰ CÓ/TAI NẠN NÀY GÂY RA			
ĐỊA ĐIỂM XÂY RA TAI NẠN/SỰ CÓ/THƯƠNG TÔN			
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	HẠT
B. THÔNG TIN CỦA LUẬT SƯ VỀ SỰ CÓ/TAI NẠN NÀY			
Quý vị đã thuê một luật sư vì sự cố/tai nạn này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, điền vào mục này.			
TÊN LUẬT SƯ		SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA LUẬT SƯ ()	
ĐỊA CHỈ CỦA LUẬT SƯ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
TÌNH TRẠNG CỦA HỒ SƠ	NGÀY GIẢI QUYẾT HỒ SƠ	NGÀY MẤT HỒ SƠ	
<input type="checkbox"/> Mở/Chưa Giải Quyết <input type="checkbox"/> Đã Giải Quyết			
<input type="checkbox"/> Mất Hồ Sơ			
C. THÔNG TIN BẢO HIỂM VỀ SỰ CÓ/TAI NẠN NÀY			
Đã tìm thấy người nào phạm lỗi (có người nào đã nhận giấy phạt không?) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu có, người nào?) _____			
Có người nào khác trong hộ gia đình quý vị trong tai nạn này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			
Nếu có, người nào?) _____			

XIN HOÀN TẤT CẢ HAI MẶT

NGƯỜI #1 LÃ: <input type="checkbox"/> Tài xế hoặc người điều khiển <input type="checkbox"/> Hành khách <input type="checkbox"/> Chủ xe (Bên phạm lỗi) <input type="checkbox"/> Chủ tài sản <input type="checkbox"/> Chủ doanh nghiệp <input type="checkbox"/> Khác:			
TÊN		SỐ GIẤY PHÉP LÁI XE CỦA TÀI XẾ	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM			
ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
NGƯỜI ĐẠI DIỆN BẢO HIỂM		SỐ ĐIỆN THOẠI ()	
TÊN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	SỐ HỢP ĐỒNG	SỐ HỒ SƠ KHIẾU NẠI	
<input type="checkbox"/> Trách nhiệm bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khoản bồi thường về việc bảo vệ thương tổn cá nhân			
NGƯỜI #2 LÃ: <input type="checkbox"/> Tài xế hoặc người điều khiển <input type="checkbox"/> Hành khách <input type="checkbox"/> Chủ xe (Bên bị thương tổn) <input type="checkbox"/> Chủ tài sản <input type="checkbox"/> Chủ doanh nghiệp <input type="checkbox"/> Khác:			
TÊN		SỐ GIẤY PHÉP LÁI XE CỦA TÀI XẾ	
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
TÊN CÔNG TY BẢO HIỂM			
ĐỊA CHỈ CÔNG TY BẢO HIỂM	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ BƯU ĐIỆN
NGƯỜI ĐẠI DIỆN BẢO HIỂM		SỐ ĐIỆN THOẠI ()	
TÊN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	SỐ HỢP ĐỒNG	SỐ HỒ SƠ KHIẾU NẠI	
<input type="checkbox"/> Trách nhiệm bảo hiểm <input type="checkbox"/> Khoản bồi thường về việc bảo vệ thương tổn cá nhân			
<i>Nếu quý vị có một bản tường trình của cảnh sát hoặc thẻ bảo hiểm liên quan đến việc điều trị này, xin gửi một bản sao kèm với mẫu đơn này.</i>			
D. TƯỜNG THUẬT			
<p>Nói cho chúng tôi biết những gì đã xảy ra. Nếu quý vị nghĩ người nào phạm lỗi, hãy nói cho chúng tôi lý do tại sao. Nếu đây là một tình trạng sức khỏe/bệnh tật đang tiếp diễn, hãy nói cho chúng tôi biết những gì bác sĩ đã nói cho quý vị về tình trạng này. Sử dụng thêm giấy khi cần.</p>			

XIN HOÀN TẤT CẢ HAI MẶT