

# YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

## Trường hợp tử vong của Người được bảo hiểm / Bên mua bảo hiểm

Số Hợp đồng: .....

**1. Thông tin về Người yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm (QLBH):**

(nếu không phải là Bên mua bảo hiểm (BMBH)/Người thụ hưởng (NTH), vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền và CMND)

Họ và tên: ..... Quan hệ với Người tử vong: .....

Số CMND: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Địa chỉ liên lạc: .....

Điện thoại liên lạc: Nhà riêng: ..... Di động: ..... Email: .....

**2. Thông tin về Người tử vong:**

Họ và tên: ..... Số CMND: .....

Tên thường gọi: .....

Địa chỉ thường trú: .....

Địa chỉ tạm trú: .....

Nơi làm việc: ..... Nghề nghiệp: .....

Tên thủ trưởng trực tiếp: ..... Số điện thoại: .....

Nơi đăng ký khám BH Y tế: ..... Số thẻ BH Y tế: .....

Địa điểm tử vong: ..... Ngày tử vong: .....

**2.1. Tử vong do tai nạn:**

Ngày xảy ra tai nạn: ..... Thời gian: .....

Nơi xảy ra tai nạn: .....

Người gây ra tai nạn: ..... Số điện thoại: .....

Địa chỉ liên hệ: .....

Mô tả tai nạn: .....

Tình trạng rượu bia, chất kích thích khi xảy ra tai nạn: .....

**2.2. Tử vong do bệnh:**

Thời điểm khởi phát bệnh: .....

Diễn tiến bệnh: .....

Chẩn đoán bệnh: .....

**2.3. Tên và địa chỉ của Bệnh viện, Cán bộ Y tế (kể cả Tây y và Đông y) đã điều trị và theo dõi trước và sau khi tử vong: (nếu không có thông tin, xin vui lòng ghi rõ là KHÔNG)**

Cán bộ Y tế/ Lương y	Tên và địa chỉ Bệnh viện/ Cơ sở y tế/ PK Đông Y	Điện thoại	Thời gian điều trị

**3. Thông tin về quá trình khám, chữa trị bệnh (kể cả nội và ngoại trú, Tây y và Đông y) trước đây? Lần đầu có biểu hiện bất thường về sức khỏe từ tháng, năm nào? (nếu không có thông tin, xin vui lòng ghi KHÔNG)**

Thời gian	Nơi khám/ điều trị	Chẩn đoán bệnh	Phương pháp điều trị

4. Ngoài yêu cầu giải quyết QLBH với Dai-ichi Life Việt Nam, Quý khách còn có yêu cầu nào với các Công ty bảo hiểm, đơn vị hoặc cá nhân khác hay không? Nếu có, xin cho biết tên Công ty bảo hiểm, đơn vị hoặc cá nhân đó.  
(nếu không có thông tin, vui lòng ghi KHÔNG)

Tên Công ty/ cá nhân	Địa chỉ	Số điện thoại

5. Phương thức thanh toán (nếu QLBH được chấp nhận chi trả):

- Nhận tiền mặt tại Văn phòng chi nhánh Dai-ichi Life Việt Nam (số tiền từ 30 triệu trở xuống).

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

- Nhận tiền bằng CMND tại Ngân hàng.

Tên Ngân hàng: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

CN/Phòng Giao dịch: \_\_\_\_\_

- Chuyển khoản qua Tài khoản cá nhân tại Ngân hàng.

Tên Chủ Tài khoản: \_\_\_\_\_

Số Tài khoản: \_\_\_\_\_

Tên Ngân hàng: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_

CN/Phòng Giao dịch: \_\_\_\_\_

Trường hợp BMBH/ NTH ủy quyền cho người khác nhận QLBH, vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền về việc nhận tiền (có xác nhận của chính quyền địa phương) CMND và Phương thức thanh toán theo thông tin của Người được ủy quyền.

6. Thông tin FATCA: Vui lòng đánh dấu tương ứng nếu Người nhận tiền có:

Quốc tịch:

Việt Nam

Hoa Kỳ

Khác

Địa chỉ thường trú tại Hoa Kỳ:

Có

Không

Người nhận tiền có thực hiện khai báo thuế tại Hoa Kỳ:

Có

Không

(Nếu Người nhận tiền có quốc tịch Hoa Kỳ, và/hoặc có địa chỉ thường trú tại Hoa Kỳ, hoặc có khai báo thuế tại Hoa Kỳ, vui lòng điền chi tiết vào tờ khai theo mẫu W9, W-8BEN tiếng Anh theo hướng dẫn của nhân viên công ty)

7. Cam kết:

- Tôi cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.
- Tôi cho phép các Nhân viên y tế, Lương y, Bác sĩ, các Cơ sở y tế, Công ty bảo hiểm, tổ chức hay cá nhân nào có hồ sơ hay có thông tin về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm được phép tiết lộ cho Công ty Dai-ichi Life Việt Nam hay Người đại diện của Công ty các thông tin mà Công ty yêu cầu.
- Việc tôi hoặc Người được tôi ủy quyền nhận đủ số tiền theo Thông báo về việc giải quyết QLBH của Công ty Dai-ichi Life Việt Nam thể hiện rằng tôi hoàn toàn đồng ý với quyết định giải quyết QLBH của Công ty và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm nếu có xảy ra khiếu nại hoặc tranh chấp về việc nhận QLBH này.

Ngày ..... tháng ..... năm 20.....

**Người thụ hưởng /Bên mua bảo hiểm**

(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày ..... tháng ..... năm 20.....

**Người yêu cầu**

(Ký và ghi rõ họ tên)

Hồ sơ đính kèm: (gạch dưới tương ứng)

- Hồ sơ gốc Hợp đồng bảo hiểm.
- Giấy chứng tử (có chứng thực). Bản sao hộ khẩu đã khai tử của Người tử vong.
- Giấy báo tử, Giấy ra viện, hồ sơ Bệnh án, Phim và kết quả X quang, Sổ khám chữa bệnh, bản sao Thẻ BHYT.
- Bản tường trình trường hợp tử vong (nếu do "đột tử" và chưa từng khám bệnh), có xác nhận của Công an địa phương.
- Hồ sơ tai nạn do Cơ quan cảnh sát điều tra cấp (nếu yêu cầu giải quyết QLBH tử vong do tai nạn), bao gồm: Biên bản và Sơ đồ hiện trường, Biên bản khám nghiệm tử thi, Biên bản giám định pháp y, Biên bản giải quyết vụ tai nạn.
- Bản sao CMND, Hộ khẩu, chứng từ xác định là Người được ủy quyền/Người đại diện hợp pháp của NTH/ BMBH.
- Giấy xác nhận của hàng thừa kế của BMBH ủy quyền cho 1 người làm BMBH mới (nếu BMBH tử vong và HDBH vẫn tiếp tục) và nhận QLBH (nếu BMBH tử vong, có phát sinh QLBH mà HDBH không chỉ định Người thụ hưởng).
- Giấy ủy quyền cho Dai-ichi Life Việt Nam thu thập thông tin và hồ sơ y tế của Người tử vong (có chứng thực).