

YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Hợp đồng bảo hiểm số (có thể ghi nhiều Hợp đồng):

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

(Nếu không phải Bên mua bảo hiểm (BMBH)/ Người thụ hưởng (NTH), vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền của BMBH/ NTH hoặc người (những người) thừa kế):

Họ và tên: Quan hệ với Người được bảo hiểm:

Số CMND/CCCD: Ngày cấp: Nơi cấp:

Địa chỉ liên lạc:

Điện thoại di động: Email:

2. Thông tin về Người được bảo hiểm:

Họ và tên: Số CMND/CCCD:

Tên thường gọi:

Nghề nghiệp:

Nơi làm việc/ học tập:

Địa chỉ cư trú trong vòng ba năm gần nhất:

(1).....

(2).....

3. Thông tin về Sự kiện bảo hiểm:**3.1. Thông tin về tai nạn/ bệnh lý của Người được bảo hiểm:**

Ngày xảy ra tai nạn/ Thời gian khởi phát bệnh: Giờ xảy ra tai nạn:

Nơi xảy ra tai nạn:

Diễn tiến bệnh/ tai nạn:

.....

Chẩn đoán:

Tình trạng thương tật/bệnh hiện tại:

3.2. Thông tin về trường hợp tử vong của Người được bảo hiểm:

Ngày tử vong: Giờ: Nơi tử vong:

Nguyên nhân tử vong (do tai nạn/ bệnh lý):

4. Thông tin điều trị kể từ ngày bị tai nạn/ khởi phát bệnh:

(Nếu không có thông tin, vui lòng ghi KHÔNG)

Tên bệnh viện/ phòng khám	Ngày khám NGOẠI TRÚ	Thời gian điều trị NỘI TRÚ	Chẩn đoán
		Từ ngày: đến	
		Từ ngày: đến	
		Từ ngày: đến	
		Từ ngày: đến	

5. Ngoài Dai-ichi Life Việt Nam, Quý khách còn yêu cầu giải quyết QLBH với các công ty/đơn vị khác hay không? (Nếu không có thông tin, vui lòng ghi KHÔNG)

Tên Công ty/ Đơn vị	Địa chỉ	Số điện thoại

6. Phương thức thanh toán (nhận QL BH được chi trả):

- a) **Đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm số:**
(Hợp đồng bảo hiểm này phải còn hiệu lực)
 - b) **Nhận tiền mặt tại Văn phòng chi nhánh Dai-ichi Life Việt Nam** (số tiền từ 100 triệu trở xuống)
Tên Văn phòng/Tổng đại lý:
Địa chỉ:
 - c) **Nhận tiền qua Ngân hàng**
Tên Ngân hàng:
Chi nhánh:
Phòng giao dịch:
- Chọn một (1) trong hai (2) phương thức dưới đây:
- Chuyển khoản qua Tài khoản cá nhân tại Ngân hàng (nếu có tài khoản)
Tên Chủ tài khoản:
Số tài khoản:
 - Nhận bằng Giấy CMND/Thẻ Căn cước công dân (nếu KHÔNG có tài khoản)
Tên Người nhận tiền:
Số CMND/CCCD: Ngày cấp: Nơi cấp:

7. 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)

8. Cam kết:

1. 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.
2. 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 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.
3. Việc tôi hoặc Người được tôi ủy quyền nhận đủ số tiền theo Thông báo về việc giải quyết QL BH của Công ty Dai-ichi Life Việt Nam thể hiện rằng tôi hoàn toàn đồng ý với quyết định giải quyết QL BH của Công ty và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm nếu có xảy ra khiếu nại hoặc tranh chấp về việc nhận QL BH này.

Ngày tháng năm 20....
Bên mua bảo hiểm/ Người thụ hưởng
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 20....
Người yêu cầu
(Ký và ghi rõ họ tên)