

YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trường hợp thương tật do tai nạn 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, vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền)

Họ và tên: _____ Quan hệ với Người bị tai nạn: _____

Số CMND: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____

Địa chỉ liên lạc: _____

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

2. Thông tin về Người bị tai nạn:

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: _____

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: _____

Mô tả thương tật: _____

3. Mô tả tiến triển của chấn thương do tai nạn gây ra (từ lúc xảy ra tai nạn cho đến nay):

4. Thông tin về việc theo dõi và điều trị tổn thương:

| Tên Bệnh viện/ Cơ sở Y tế/ Bác sĩ điều trị | Điều trị nội trú (từ ngày... đến ngày...) | Điều trị ngoại trú (từ ngày... đến ngày...) | Phương pháp điều trị | Địa chỉ và Điện thoại |
|---|--|--|-------------------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Tiền lượng của Bác sĩ về tổn thương của bệnh nhân:

Tên Bác sĩ: _____ Điện thoại: _____

Công tác tại Bệnh viện/ Cơ sở Y tế: _____

Địa chỉ nơi công tác: _____ Điện thoại: _____

Tiền lượng về tổn thương: _____

5. Thông tin về quá trình khám, chữa trị bệnh (kể cả nội và ngoại trú, Đông y và Tây 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 |
|-----------|--------------------|----------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |

6. Ngoài yêu cầu giải quyết QL BH 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 | Địa chỉ | Số điện thoại |
|-----|---------|---------------|
| | | |
| | | |

7. Phương thức thanh toán (nếu QL BH được chấp nhận chi trả)

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

Địa chỉ:

Nhận tiền bằng CMND tại Ngân hàng.

Tên Ngân hàng:

CN/Phòng Giao dịch:

Số điện thoại:

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 Bên mua bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận QL BH, xin vui lòng gửi cho chúng tôi Giấy ủy quyền về việc nhận tiền (có xác nhận của chính quyền địa phương) và cung cấp Phương thức thanh toán theo thông tin của Người được ủy quyền.

Lưu ý: Trong trường hợp Dai-ichi Life Việt Nam chấp thuận thanh toán QL BH nhưng Quý khách/ Người được Quý khách ủy quyền không đến nhận tiền hoặc không chọn các Phương thức thanh toán nêu trên thì Công ty sẽ chuyển số tiền giải quyết QL BH để đóng phí bảo hiểm và/hoặc hoàn trả các khoản nợ phát sinh của các Hợp đồng bảo hiểm tham gia với Dai-ichi Life Việt Nam mà Quý khách là Bên mua bảo hiểm.

8. 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)

9. 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/ 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.

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.....

Ngày tháng năm 20.....

Bên mua bảo hiểm

Người yêu cầu

(Ký và ghi rõ họ tên)

(Ký và ghi rõ họ tên)

Hồ sơ đính kèm: (gạch dưới tương ứng)

1. Bản sao Giấy chứng nhận bảo hiểm

2. Hồ sơ tai nạn, bao gồm: Biên bản và Sơ đồ vụ tai nạn; Biên bản giải quyết vụ tai nạn.

3. Giấy ra viện (có chứng thực); Phiếu thanh toán ra viện; Biên lai thanh toán viện phí (đối với QL Hỗ trợ viện phí).

4. Bản sao Bệnh án; Phim và kết quả MRI/ CT Scanner/X quang; Giấy chứng nhận thương tích; Giấy chứng nhận phẫu thuật; Tường trình phẫu thuật (đối với QL Thương tật do tai nạn).

5. Bản sao CMND hoặc Hộ khẩu NĐBH/ BMBH/ Người nhận tiền.

6. Giấy ủy quyền cho Dai-ichi Life Việt Nam thu thập thông tin và hồ sơ y tế của Người bị tai nạn (có chứng thực).

YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trường hợp bệnh 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, vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền)*

Họ và tên: _____ Quan hệ với người bệnh: _____

Số CMND: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____

Địa chỉ liên lạc: _____

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

2. Thông tin về người bệnh:

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: _____

3. Thông tin về trường hợp bệnh:

Chẩn đoán bệnh: _____

Thời điểm khởi phát bệnh: _____ Thời gian điều trị: _____

Mô tả tiến triển của bệnh (từ lúc xuất hiện những triệu chứng đầu tiên của bệnh cho đến nay):

| Thời gian (từ ... đến ...) | Tiến triển của bệnh |
|----------------------------|---------------------|
| | |
| | |

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 bị bệnh:*(nếu không có thông tin, xin vui lòng ghi 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 |
|----------------------|---|------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |

Thông tin về việc điều trị hiện tại:

| Tên thuốc | Phương pháp điều trị khác <i>(Phẫu thuật, Hóa trị, Xạ trị, Chạy thận nhân tạo...)</i> |
|-----------|--|
| | |
| | |

Tiền lượng bệnh của Bác sĩ:

Tên Bác sĩ: _____ Điện thoại: _____

Công tác tại Bệnh viện/ Cơ sở Y tế: _____

Tiền lượng bệnh: _____

4. Thông tin về quá trình khám, chữa trị các bệnh khác (kể cả nội và ngoại trú, Đông y và Tây 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 |
|-----------|--------------------|----------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |

5. Ngoài yêu cầu giải quyết QL BH 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 | Địa chỉ | Số điện thoại |
|-----|---------|---------------|
| | | |
| | | |

6. Phương thức thanh toán (nếu QL BH 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.

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: _____

Ngân hàng: _____

Số điện thoại: _____

CN/Phòng Giao dịch: _____

Trường hợp Bên mua bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận QL BH, xin vui lòng gửi cho chúng tôi Giấy ủy quyền về việc nhận tiền (có xác nhận của chính quyền địa phương) và cung cấp Phương thức thanh toán theo thông tin của Người được ủy quyền.

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:

- 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 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

(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.
- Kết quả khám sức khỏe định kỳ, bản sao Thẻ Bảo hiểm y tế.
- Giấy ra viện, bản sao Bệnh án, Các chứng từ y tế (phim và kết quả X quang/ CT Scanner/ MRI, kết quả giải phẫu bệnh, xét nghiệm...) để chứng minh tình trạng bệnh theo đúng định nghĩa của các bệnh được bảo hiểm trong HĐBH.
- Bản sao CMND hoặc Hộ khẩu NĐBH/ BMBH/ Người nhận tiền.
- Giấy ủy quyền cho Dai-ichi Life Việt Nam thu thập thông tin và hồ sơ y tế của người bệnh (có chứng thực).