

YÊU CẦU BỒI THƯỜNG SẢN PHẨM BẢO HIỂM

CHĂM SÓC SỨC KHỎE. HỖ TRỢ VIỆN PHÍ.

Số hợp đồng:-----

I. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG:

Tên Người được bảo hiểm:----- Mã số :-----

Số CMND:----- Ngày Cấp:----- Nơi Cấp:-----

Tên Bên mua bảo hiểm:----- Số CMND:-----

II. THÔNG TIN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG:

Do NĐBH kê khai hoặc Bên mua bảo hiểm nếu NĐBH chưa đủ 18 tuổi:

1. Nguyên nhân do tai nạn:

a) Ngày, giờ, nơi xảy ra tai nạn:-----

b) Mô tả ngắn gọn hoàn cảnh tai nạn:-----

c) Mô tả thương tật:-----

2. Nguyên nhân do bệnh (chẩn đoán bệnh):-----

Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào? :-----

3. Thông tin điều trị:

Tên Bệnh viện hay Phòng khám:-----

Ngày nhập viện(Ngày khám bệnh /ngoại trú):-----

Ngày xuất viện:-----

4. Tổng số tiền yêu cầu bồi thường: Bằng số:-----

Bằng chữ:-----

III. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN:

Thanh toán cho NĐBH. Nếu NĐBH < 18 tuổi thì thanh toán cho bên mua BH:

Chuyển khoản qua tài khoản tại Ngân hàng:

Tên Chủ tài khoản:----- Số tài khoản:-----

Tên Ngân hàng:----- Chi nhánh/Phòng GD:-----

Nhận tiền bằng Chứng minh nhân dân tại Ngân hàng: (Lưu ý: Ngày cấp CMND không quá 15 năm).

Tên Ngân hàng:----- Chi nhánh:-----

Nhận tiền mặt tại văn phòng của Dai-ichi Life Việt Nam (chỉ dành riêng cho sản phẩm HỖ TRỢ VIỆN PHÍ).

Tên Văn phòng:----- Địa chỉ:-----

Đóng phí bảo hiểm hợp đồng.

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 hiểu rằng nếu bất cứ thông tin nào yêu cầu trong mẫu đơn này không được cung cấp hoặc cung cấp sai sự thật thì Công ty có thể không chấp nhận giải quyết yêu cầu bồi thường này.
- 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 y tế của Người được bảo hiểm được phép cung cấp cho 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 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.
- Tôi đồng ý rằng :Trong vòng 35 ngày kể từ ngày công ty gửi email thông báo về việc chấp nhận chi trả số tiền bảo hiểm của bảo hiểm chăm sóc sức khỏe nếu tôi không liên hệ để nhận số tiền được bồi thường thì số tiền này sẽ được tự động chuyển thành phí bảo hiểm ghi nhận cho hợp đồng (trường hợp nhận tiền bằng chứng minh nhân dân tại Ngân hàng hoặc tại Pacific Cross).

Chữ ký Bên mua bảo hiểm:----- Chữ ký Người được bảo hiểm:-----

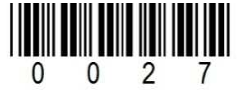
Họ và tên Bên mua bảo hiểm:----- Họ và tên Người được bảo hiểm:-----

Ngày:----- Ngày:-----

(Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi thì Cha/ Mẹ hoặc người Giám hộ sẽ ký thay)



Gắn bó dài lâu.



THÔNG TIN LIÊN HỆ

Số hợp đồng: -----

Họ tên Người thụ hưởng: -----

Là NĐBH hoặc BMBH (nếu NĐBH <18 tuổi):

Email: ----- Điện thoại: -----

Địa chỉ: -----

❖ **Lưu ý:** Để giải quyết quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm Chăm sóc sức khỏe/ Hỗ trợ viện phí được nhanh chóng và thuận lợi, Dai-ichi life Việt Nam chỉ liên hệ với Quý khách hàng bằng hình thức email. Vì vậy, Quý khách vui lòng cung cấp thông tin tại mục “email” nêu trên một cách chính xác và đầy đủ.

Chữ ký BMBH: -----

Họ tên BMBH:-----

Ngày:-----

Chữ ký NĐBH:-----

Họ tên NĐBH:-----

Ngày:-----

(Nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi thì Cha/ Mẹ hoặc người Giám hộ sẽ ký thay)