



THÔNG TIN LIÊN HỆ

Số hợp đồng:

Họ tên Người nhận tiền: là NĐBH hoặc BMBH (nếu NĐBH <18 tuổi):

Email: Điện thoại: ..

Địa chỉ liên lạc:

.....

❖ **Lưu ý:** Để giải quyết quyền lợi bảo hiểm của sản phẩm Chăm sóc sức khỏe 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: Chữ ký NĐBH:

Họ tên BMBH: Họ tên NĐBH:

Ngày: Ngày:

(Nếu NĐBH chưa đủ 18 tuổi, Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ ký thay)



YÊU CẦU BỒI THƯỜNG SẢN PHẨM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Số hợp đồng:-----

I. THÔNG TIN KHÁCH HÀNG:

Tên Người được bảo hiểm (NDBH):----- Mã số NDBH:-----

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

Tên Bên mua bảo hiểm (BMBH):----- Số CMND:-----

II. THÔNG TIN YÊU CẦU BỒI THƯỜNG: (Do NDBH kê khai hoặc Bên mua bảo hiểm nếu NDBH chưa đủ 18 tuổi):**1. Nguyên nhân do tai nạn:**

a) Ngày, giờ 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 (hoặc Ngày khám bệnh/tai nạn):----- Ngày xuất viện:-----

4. Tổng số tiền yêu cầu bồi thường: Bằng số:----- Bằng chữ:-----**III. PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN:** (Thanh toán cho NDBH. Nếu NDBH <18 tuổi thì thanh toán cho BMBH): 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/Phòng GD:-----

 Nhận tiền mặt tại Pacific Cross VN: Lầu 4, Tòa nhà Continental Tower, 81-85 Hàm Nghi, Phường Nguyễn Thái Bình, Q1, Tp. Hồ Chí Minh**IV. 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. 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.

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 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.

3. 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.

Chữ ký BMBH: _____ Chữ ký NDBH: _____

Họ tên BMBH: _____ Họ tên NDBH: _____

Ngày: _____ Ngày: _____

(Nếu NDBH chưa đủ 18 tuổi, Cha/Mẹ hoặc Người giám hộ ký thay)

BẢNG BÁO CÁO CỦA BÁC SĨ

1. (a) Bác sĩ đã làm những chẩn đoán gì cho bệnh nhân và làm khi nào?

- (b) Nếu yêu cầu nhập viện, vui lòng cho biết vì lý do gì và tên bệnh viện?

- (c) Triệu chứng đầu tiên xuất hiện khi nào? -----
 - Bệnh nhân tham vấn ý kiến của bác sĩ về tình hình bệnh lần đầu tiên là khi nào?-----
Theo hiểu biết của bác sĩ, Bệnh nhân đã bao giờ có tình trạng hoặc triệu chứng tương tự liên quan đến bệnh này trước đó, hoặc đã từng nhập viện vì sự rối loạn như thế? Nếu "Có", vui lòng cho biết chi tiết :

 - Theo hiểu biết của bác sĩ, bệnh nhân đã hỏi ý kiến bác sĩ nào trước đó về những triệu chứng này chưa?
Nếu " Có", vui lòng cho biết tên và địa chỉ của bác sĩ đó: -----

- (d) Có triệu chứng của một vài bệnh khác không? Nếu " Có", vui lòng cho biết chi tiết"

- (e) Có tình trạng nào gây ra bởi hoặc bằng cách nào đó có liên quan đến những điều được đề cập bên dưới:
 - Ảnh hưởng của thuốc hoặc chất cồn? Có () Không ()
 - AIDS? Có () Không ()
 - Sự can thiệp hoặc làm cho mất khả năng sinh đẻ? Có () Không ()
 - Phẫu thuật thẩm mỹ hoặc phẫu thuật tạo hình? Có () Không ()
 - Sự rối loạn về thể chất và tinh thần? Có () Không ()
 - Sự dị thường hoặc dị dạng bẩm sinh? Có () Không ()
 - Tự tử, mất trí hoặc tự gây thương tích cho mình? Có () Không ()
- (f) Có bất kì tình trạng nào được điều trị do (vui lòng đánh dấu):
 - Tai nạn Có () Không ()
 - Bệnh hoặc tổn thương do công việc của bệnh nhân Có () Không ()
 - Mang thai Có () Không ()
Nếu "Có", ngày bắt đầu mang thai là vào khoảng: -----
2. (a) Thời gian nằm viện là bao lâu? ----- Ngày nhập viện:-----Ngày xuất viện: -----
(b) Hình thức điều trị cho bệnh nhân là gì?

- (c) Về yêu cầu phẫu thuật hoặc sinh sản:
 - Tên và phương thức phẫu thuật hoặc sinh sản? -----

 - Ngày tiến hành: -----
- (d) Báo cáo tóm tắt quá trình điều trị cho tới khi xuất viện:

3. Có thể áp dụng việc điều trị này đối với bệnh nhân điều trị ngoại trú hay không? Nếu "Có", vui lòng cho biết những lý do thực hiện việc điều trị này đối với một bệnh nhân điều trị nội trú:

- Tên và địa chỉ của bác sĩ: _____ Ngày: _____
- Chữ ký và con dấu của bác sĩ: _____