

Mẫu 01

## YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

### Trường hợp tử vong của NĐBH/CHĐ

Số Hợp đồng: \_\_\_\_\_

**1. Thông tin về Người yêu cầu Giải quyết Quyền lợi bảo hiểm:***(Nếu không phải là Người thụ hưởng/CHĐ, vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền)*

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Số CMND: \_\_\_\_\_

Quan hệ với người tử vong: \_\_\_\_\_

Địa chỉ liên lạc: \_\_\_\_\_

Số ĐT: Nhà riêng: \_\_\_\_\_ Khẩn cấp: \_\_\_\_\_

**2. Thông tin về Người tử vong:**

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Số CMND: \_\_\_\_\_

Địa chỉ thường trú: \_\_\_\_\_

Địa chỉ tạm trú: \_\_\_\_\_

Nơi chốn làm việc: \_\_\_\_\_ Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

Tên thủ trưởng trực tiếp \_\_\_\_\_ Số Điện thoại \_\_\_\_\_

Số thẻ BH Y tế: \_\_\_\_\_ Số sổ BHXH: \_\_\_\_\_

Nơi đăng ký khám: \_\_\_\_\_

Ngày làm việc cuối cùng: \_\_\_\_\_ Ngày tử vong: \_\_\_\_\_

Địa điểm tử vong: \_\_\_\_\_

**a. Tử vong do tai nạn:**

Ngày xảy ra tai nạn: \_\_\_\_\_ Thời gian: \_\_\_\_\_

Nơi xảy ra tai nạn: \_\_\_\_\_

Người gây ra tai nạn: \_\_\_\_\_

Địa chỉ liên hệ: \_\_\_\_\_ Số điện thoại: \_\_\_\_\_

Nguyên nhân tai nạn: \_\_\_\_\_

Mô tả tai nạn: \_\_\_\_\_

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

**b. Tử vong do bệnh:**

Diễn tiến bệnh: \_\_\_\_\_

Chẩn đoán bệnh: \_\_\_\_\_ Thời gian điều trị: \_\_\_\_\_

**Tên và địa chỉ của Bệnh viện, Bác sĩ hay Chuyên viên y tế điều trị và theo dõi trước và sau khi tử vong:***(nếu không có thông tin, xin vui lòng ghi KHÔNG)*

Bác sĩ/ Chuyên viên y tế	Tên Bệnh viện/ Trung tâm	Địa chỉ	Điện thoại

Tên dịch vụ mai táng: \_\_\_\_\_

Địa chỉ liên lạc: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

**3. Thông tin về quá trình khám, chữa trị các loại bệnh khác (nội và ngoại trú) trong thời gian 05 năm trước khi tử vong ? Lần đầu tiên 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 Quyền lợi bảo hiểm với Công ty Dai-ichi Việt Nam, Bạn 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, xin vui lòng ghi KHÔNG)**

Tên	Địa chỉ	Số điện thoại

**5. Thông tin về Người thụ hưởng Quyền lợi bảo hiểm (nếu NĐBH tử vong):**

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với NĐBH: \_\_\_\_\_  
 Điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_ Số CMND: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ liên lạc: \_\_\_\_\_

**6. Thông tin về Chủ Hợp Đồng Mới (nếu CHĐ tử vong): (đề nghị bạn chỉ định Chủ Hợp Đồng mới để thay thế và gửi kèm bản sao có chứng thực Giấy CMND hoặc Hộ khẩu thường trú của Chủ Hợp Đồng mới)**

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ với NĐBH: \_\_\_\_\_  
 Điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_ Số CMND: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ liên lạc: \_\_\_\_\_ Ngày, tháng, năm sinh: \_\_\_\_\_

**7. Cam kết:**

- Tôi cam kết rằng tất cả các thông tin trên đây do tôi viết ra là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về lời khai của mình.
- Tôi đồng ý cho phép bất cứ Bác sĩ, tổ chức y tế, công ty bảo hiểm, các 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 Việt Nam hay bất cứ Người đại diện nào của công ty các thông tin mà Công ty yêu cầu.

Ngày tháng năm 200  
**Người Thụ Hưởng/Chủ hợp đồng**  
 (Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 200  
**Người yêu cầu**  
 (Ký và ghi rõ họ tên)

**\* Hồ sơ đính kèm :**

*Có Không*

- Hồ sơ gốc HDBH
- Giấy chứng tử/ Giấy Báo tử / Bản sao hộ khẩu đã khai tử của Người tử vong ( có chứng thực)
- Giấy xác nhận tai nạn (có chứng thực của Công An cấp Huyện, chính quyền địa phương về ngày giờ xảy ra tai nạn)
- Biên bản khám nghiệm tử thi; Biên bản và Sơ đồ hiện trường; Biên bản giải quyết tai nạn
- Hồ sơ bệnh án, giấy ra viện, phim X quang, sổ khám chữa bệnh và giấy tờ liên quan.
- Bản sao CMND hoặc hộ khẩu và giấy xác nhận là Người đại diện hợp pháp của NTH/ CHĐ
- Giấy ủy quyền cho công ty Dai-ichi Việt Nam thu thập thông tin và hồ sơ bệnh án của Người tử vong (có chứng thực)