

YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trường hợp thương tật do tai nạn của CHĐ/NĐBH

Số Hợp đồng: _____

1. Thông tin về Người yêu cầu Giải quyết Quyền lợi bảo hiểm:

(Nếu không phải là CHĐ, vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền)

Họ và tên: _____ Số CMND: _____

Quan hệ với Người bị tai nạn: _____

Địa chỉ liên lạc: _____

Số ĐT Nhà riêng: _____ Khẩn cấp: _____

2. Thông tin về Người bị tai nạn:

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 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: _____

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 chữa trị tổn thương:

Tên Bệnh viện/ Trung tâm/ Bác sĩ	Điều trị nội trú (Từ ngày.... Đến ngày...)	Điều trị ngoại trú (Từ ngày.... Đến ngày...)	Phương pháp điều trị	Địa chỉ	Điện thoại

Tiền lượng bệnh của bác sĩ:

Họ và tên Bác sĩ: _____
Công tác tại Bệnh viện/ Trung tâm: _____
Địa chỉ nơi công tác: _____
Điện thoại: _____
Tiền lượng bệnh: _____

5. Thông tin về quá trình khám và chữa trị các loại bệnh khác (nội và ngoại trú) trong thời gian 05 năm trước? 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

6. 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

7. Cam kết:

1. 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.
2. 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 thông tin mà Công ty yêu cầu.

Ngày tháng năm 200
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

1. Bản sao giấy chứng nhận bảo hiểm
2. Giấy xác nhận tai nạn (có chứng thực của Công An cấp huyện, chính quyền địa phương về ngày giờ xảy ra tai nạn)
3. Giấy ra viện (**bản chính**), Hồ sơ bệnh án, phim và kết quả X quang, giấy tờ liên quan đến khám & điều trị do tai nạn
5. Sơ đồ vụ tai nạn, biên bản khám nghiệm hiện trường, biên bản giải quyết tai nạn
6. Bản sao giấy CMND hoặc hộ khẩu thường trú của Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm
7. Giấy ủy quyền cho công ty Dai-ichi Việt Nam thu thập thông tin và hồ sơ bệnh án của Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm (có chứng thực)