

YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Trường hợp bệnh 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 bệnh: _____

Địa chỉ liên lạc: _____

Số ĐT Nhà riêng: _____ Khẩn cấp: _____

2. Thông tin về Người bệnh:

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: _____

3. Thông tin về trường hợp bệnh:

Chẩn đoán bệnh: _____

Bệnh khởi phát khi nào? _____ Thời gian điều trị: _____

Mô tả tiến triển của bệnh (từ lúc bắt đầu có những triệu chứng bệnh cho đến nay):

Thời gian (từ -> đến)	Tiến triển của bệnh

Tên và địa chỉ của Bệnh viện, Trung tâm, Bác sĩ hay Chuyên viên y tế điều trị và theo dõi trước và sau khi bị bệnh: *(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

Thông tin về việc điều trị hiện tại:

Tên thuốc	Phương pháp điều trị khác (Phẫu thuật, Hóa trị, Xạ trị, Chạy thận nhân tạo.....)

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: _____

4. 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

5. 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

6. 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 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

- Hồ sơ gốc HDBH
- Giấy ra viện, sổ khám bệnh và các giấy tờ liên quan đến khám & chữa bệnh
- Hồ sơ bệnh án, sổ khám sức khỏe định kỳ
- Bản sao giấy CMND hoặc hộ khẩu thường trú của Chủ hợp đồng/ Người được bảo hiểm
- Giấy ủy quyền cho công ty Dai-ichi Việt Nam thu thập thông tin và hồ sơ bệnh án của người bệnh, (có chứng thực)