

YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM

Gán bó dài lâu.

Trường hợp bệnh của Người được bảo hiểm / Bên mua bảo hiểm

Số Hợp đồng: _____

1. Thông tin về Người yêu cầu giải quyết Quyền lợi bảo hiểm (QLBH):

(nếu không phải là Bên mua bảo hiểm, vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền)

Họ và tên: _____ Quan hệ với người bệnh: _____
 Số CMND: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____
 Địa chỉ liên lạc: _____
 Điện thoại liên lạc: Nhà riêng: _____ Di động: _____ Email: _____

2. Thông tin về người bệnh:

Họ và tên: _____ Số CMND: _____
 Tên thường gọi: _____
 Địa chỉ thường trú: _____
 Địa chỉ tạm trú: _____
 Nơi làm việc: _____ Nghề nghiệp: _____
 Tên thủ trưởng trực tiếp: _____ Số điện thoại: _____
 Nơi đăng ký khám BH Y tế: _____ Số thẻ BH Y tế: _____

3. Thông tin về trường hợp bệnh:

Chẩn đoán bệnh: _____
 Thời điểm khởi phát bệnh: _____ Thời gian điều trị: _____

Mô tả tiến triển của bệnh (từ lúc xuất hiện những triệu chứng đầu tiên của bệnh cho đến nay):

Thời gian (từ ... đến ...)	Tiến triển của bệnh

Tên và địa chỉ của Bệnh viện, Cán bộ y tế (kể cả Tây y và Đông y) đã điều trị và theo dõi trước và sau khi bị bệnh:
(nếu không có thông tin, xin vui lòng ghi KHÔNG):

Cán bộ Y tế/ Lương y	Tên và địa chỉ Bệnh viện/ Cơ sở y tế/ PK Đông Y	Điện thoại	Thời gian điều trị

Thông tin về việc điều trị hiện tại:

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

Tiền lượng bệnh của Bác sĩ:

Tên Bác sĩ: _____ Điện thoại: _____
 Công tác tại Bệnh viện/ Cơ sở Y tế: _____
 Địa chỉ nơi công tác: _____ Điện thoại: _____
 Tiền lượng bệnh: _____

4. Thông tin về quá trình khám, chữa trị các bệnh khác (kể cả nội và ngoại trú, Đông y và Tây y) trước đây? Lần đầu 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 QL BH với Dai-ichi Life Việt Nam, Quý khách 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, vui lòng ghi **KHÔNG**)

Tên	Địa chỉ	Số điện thoại

6. Phương thức thanh toán (nếu QL BH được chấp nhận chi trả)

- Nhận tiền mặt tại Văn phòng chi nhánh Công ty Dai-ichi Life Việt Nam.

Địa chỉ:

- Nhận tiền bằng CMND tại Ngân hàng.

Ngân hàng:

Số điện thoại:

Địa chỉ Ngân hàng:

- Chuyển khoản qua Tài khoản cá nhân tại Ngân hàng.

Tên Chủ Tài khoản:

Số Tài khoản:

Ngân hàng:

Số điện thoại:

Địa chỉ Ngân hàng:

Trường hợp Bên mua bảo hiểm ủy quyền cho người khác nhận QL BH, xin vui lòng gửi cho chúng tôi Giấy ủy quyền về việc nhận tiền (có xác nhận của chính quyền địa phương) và cung cấp Phương thức thanh toán theo thông tin của Người được ủy quyền).

7. 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 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 về Người được bảo hiểm/ Bên mua bảo hiểm được phép tiết lộ cho Công ty 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 QL BH của Công ty Dai-ichi Life Việt Nam thể hiện rằng tôi hoàn toàn đồng ý với quyết định giải quyết QL BH của Công ty và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm nếu có xảy ra khiếu nại hoặc tranh chấp về việc nhận QL BH này.

Ngày tháng năm 20.....

Bên mua bảo hiểm
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 20.....

Người yêu cầu
(Ký và ghi rõ họ tên)

8. Hồ sơ đính kèm:

- Hồ sơ gốc Hợp đồng bảo hiểm
- Kết quả khám sức khỏe định kỳ, bản sao Thẻ Bảo hiểm y tế
- Giấy ra viện, bản sao Bệnh án, phim và kết quả X quang, Giấy tờ liên quan đến việc khám và điều trị bệnh
- Bản sao CMND hoặc Hộ khẩu NĐBH/ BMBH/ Người nhận tiền
- Giấy ủy quyền cho Dai-ichi Life Việt Nam thu thập thông tin và hồ sơ y tế của người bệnh (có chứng thực)