

**YÊU CẦU GIẢI QUYẾT QUYỀN LỢI BẢO HIỂM**

Hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) số (có thể ghi nhiều Hợp đồng): .....

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

(Nếu không phải Bên mua bảo hiểm (BMBH)/ Người được bảo hiểm (NDBH)/ Người thụ hưởng (NTH), vui lòng cung cấp Giấy ủy quyền của BMBH/ NDBH/ NTH hoặc (những) người thừa kế):

Họ và tên: ..... Quan hệ với NDBH: .....

Số CMND/CCCD: ..... Ngày cấp: ..... Nơi cấp: .....

Địa chỉ liên lạc: .....

Điện thoại di động: ..... Email: .....

**2. Thông tin về Người được bảo hiểm:**

Họ và tên: ..... Số CMND/CCCD: .....

Tên thường gọi: .....

Nghề nghiệp: .....

Nơi làm việc/ học tập: .....

Địa chỉ cư trú trong vòng ba năm gần nhất:

(1) .....

(2) .....

**3. Thông tin về Sự kiện bảo hiểm:****3.1. Thông tin về tai nạn/ bệnh lý của Người được bảo hiểm:**

**Tai nạn** - Ngày xảy ra tai nạn: ..... Giờ xảy ra tai nạn: .....

**Bệnh** – Ngày xuất hiện triệu chứng bệnh đầu tiên: .....

Chẩn đoán: .....

Diễn tiến bệnh/tai nạn: .....

Tình trạng thương tật/bệnh hiện tại: .....

Đối với trường hợp Tai nạn, Quý khách vui lòng nộp kèm Tường trình tai nạn theo mẫu CL-HC04.

**3.2. Thông tin về trường hợp tử vong của Người được bảo hiểm:**

Ngày tử vong: ..... Giờ: ..... Nơi tử vong: .....

Nguyên nhân tử vong (do tai nạn/ bệnh lý): .....

**4. Thông tin điều trị kể từ ngày bị tai nạn/ khởi phát bệnh:**

(Nếu không có thông tin, vui lòng ghi KHÔNG)

Tên bệnh viện/ phòng khám	Ngày khám NGOẠI TRÚ	Thời gian điều trị NỘI TRÚ	Chẩn đoán
		Từ ngày: ..... đến .....	
		Từ ngày: ..... đến .....	
		Từ ngày: ..... đến .....	
		Từ ngày: ..... đến .....	

**5. Quý khách có yêu cầu giải quyết QLBH với các Công ty/Đơn vị khác không? Tên Công Ty/Đơn vị?**

(Nếu không có thông tin, vui lòng ghi KHÔNG).....

**6. Phương thức thanh toán (nhận QL BH được chi trả):**

<b>Quyền lợi bảo hiểm</b>	<b>QLBH Chăm sóc sức khỏe/ Hỗ trợ viện phí</b> (Thanh toán cho NĐBH, nếu NĐBH < 18 tuổi thì thanh toán cho Cha/ Mẹ/ Người giám hộ)	<b>Các QL BH khác</b> (Thanh toán cho BMBH/ NTH/ Người được ủy quyền)
<input type="checkbox"/> <b>Đóng phí bảo hiểm:</b> (chỉ chọn khi HĐBH còn hiệu lực)		
HĐBH số:	.....	.....
<input type="checkbox"/> <b>Nhận tiền mặt tại Văn phòng của Dai-ichi Life Việt Nam:</b>		
Tên Văn phòng:	.....	.....
Địa chỉ:	.....	.....
<input type="checkbox"/> <b>Nhận tiền qua Ngân hàng:</b> Chỉ chọn “ <i>Chuyển khoản</i> ” hoặc nhận “ <i>Bằng CMND/CCCD</i> ”		
Tên Ngân hàng:	.....	.....
Chi nhánh:	.....	.....
Phòng giao dịch:	.....	.....
<b>Chuyển khoản</b>		
Tên Chủ tài khoản:	.....	.....
Số Tài khoản:	.....	.....
<b>Bằng CMND/CCCD</b>		
Tên Người nhận tiền:	.....	.....
Số CMND/CCCD:	.....	.....
Ngày cấp:	.....	.....
Nơi cấp:	.....	.....

**7. Thông tin FATCA: Vui lòng đánh dấu tương ứng nếu Người nhận tiền có:**

Quốc tịch:  Việt Nam  Hoa Kỳ  Khác  
 Địa chỉ thường trú tại Hoa Kỳ:  Có  Không  
 Người nhận tiền có thực hiện khai báo thuế tại Hoa Kỳ:  Có  Không

(Nếu Người nhận tiền có quốc tịch Hoa Kỳ, và/hoặc có địa chỉ thường trú tại Hoa Kỳ, hoặc có khai báo thuế tại Hoa Kỳ, vui lòng điền chi tiết vào tờ khai theo mẫu W9, W-8BEN tiếng Anh theo hướng dẫn của nhân viên Công ty)

**8. 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 các thông tin do mình cung cấp.
- 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 được phép cung cấp cho Dai-ichi Life Việt Nam hay Người đại diện của Dai-ichi Life Việt Nam các thông tin mà Dai-ichi Life Việt Nam yêu cầu.
- Việc tôi hoặc Người được tôi ủy quyền nhận đủ số tiền theo Thông báo về việc giải quyết QL BH của Dai-ichi Life Việt Nam thể hiện rằng tôi hoàn toàn đồng ý với quyết định giải quyết QL BH của Dai-ichi Life Việt Nam và tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm nếu có xảy ra khiếu nại hoặc tranh chấp về việc nhận QL BH này.
- Tôi đồng ý rằng: Sau 30 ngày kể từ ngày số tiền chi trả QL BH bị Ngân hàng hoàn trả về hoặc sau 30 ngày kể từ ngày Dai-ichi Life Việt Nam thông báo chấp nhận chi trả QL BH tại Văn phòng mà Tôi/Người được tôi ủy quyền không đến nhận, thì số tiền giải quyết QL BH sẽ được tự động chuyển đóng phí bảo hiểm cho Hợp đồng (nếu Hợp đồng còn hiệu lực).

	Chữ ký	Họ tên	Ngày ký
<b>Người yêu cầu</b>			
<b>Bên mua bảo hiểm/ Người thụ hưởng</b>			
<b>Người được bảo hiểm</b>			

Quý khách có thể xem hướng dẫn về hồ sơ yêu cầu giải quyết QL BH tại website của Dai-ichi Life Việt Nam <https://www.dai-ichi-life.com.vn> hoặc liên hệ các Văn phòng và Trung tâm Dịch vụ Khách hàng hoặc Tổng đài dịch vụ khách hàng, điện thoại (028) 38 100 888.