

Trách nhiệm của Người tham gia bảo hiểm:

- Đọc kỹ ghi chú dưới đây trước khi điền vào Giấy Yêu cầu Bảo hiểm.
- Phải khai báo cho Công ty bảo hiểm toàn bộ những thông tin bạn biết liên quan đến quyết định chấp nhận hay không chấp nhận bảo hiểm của Công ty bảo hiểm. Thông tin trên Giấy YCBH phải do Người yêu cầu bảo hiểm kê khai đầy đủ và trung thực toàn bộ nội dung và ký xác nhận.

1. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ và tên	.....	Ngày tháng năm sinh/...../.....
Số CMND (hoặc hộ chiếu)	.....	Điện thoại	.....
		Email	.....
Địa chỉ thường trú	.....	
Địa chỉ nhận thư	.....	

2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên	.....	Ngày tháng năm sinh/...../.....
Nghề nghiệp	.....	Số CMND (hoặc hộ chiếu)	.....
Giới tính	Nam/Nữ		
Địa chỉ thường trú	.....	

3. LỰA CHỌN ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM (TÍCH VÀO QUYỀN LỢI LỰA CHỌN)

MỨC TRÁCH NHIỆM BẢO HIỂM (lựa chọn 1 chương trình)

Chương trình I: VND 292,500,000	Chương trình II: VND 585,000,000	Chương trình III: VND 1,170,000,000
---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

THỜI HẠN BẢO HIỂM Từ...../...../20..... đến...../...../20.....

4. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

a) Bạn đã từng mắc phải, hoặc được thông báo rằng bạn mắc phải, hoặc đang trong quá trình kiểm tra bệnh viêm gan siêu vi B/C, ung thư, khối u, u nang, phát triển ung thư biểu mô tại chỗ của bất kỳ loại ung thư nào không?

CÓ	KHÔNG
----	-------

b) Bạn có hút hơn 20 điếu thuốc một ngày không?

CÓ	KHÔNG
----	-------

c) Bạn có mắc triệu chứng nào sau đây trong thời gian 3 tháng gần đây nhất và kéo dài liên tục hơn 1 tuần hay không:

- Mệt mỏi, hoặc
- Nổi hạch lớn hoặc
- Giảm cân không giải thích được, hoặc
- Xuất hiện mảng da không giống với khu vực da xung quanh?

CÓ	KHÔNG
----	-------

d) Bạn đã từng hoặc được đề xuất nên phẫu thuật, kiểm tra hoặc điều trị* hoặc đã nằm viện trong 7 ngày trở lên trong vòng 12 tháng qua hay không?

* điều trị trong những trường hợp sau đây có thể được bỏ qua: cảm lạnh thông thường hoặc cảm cúm, mang thai và sinh mổ không biến chứng, ngừa thai, cao huyết áp, tăng mỡ máu, tiểu đường, viêm chủng hoặc chấn thương mà bạn đã hoàn toàn hồi phục.

CÓ	KHÔNG
----	-------

Nếu trả lời là "CÓ" cho câu hỏi (b), (c) và (d), xin cung cấp thêm chi tiết:

Ngày điều trị	Chẩn đoán	Chi tiết điều trị	Kết quả	Tên, địa chỉ bác sĩ/ bệnh viện
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

e) Bạn có 2 hoặc nhiều hơn các thành viên trực hệ trong gia đình (cha mẹ hoặc anh, chị, em), đã được chẩn đoán bị ung thư trước tuổi 60 hay không?

CÓ

KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:

Người điều trị	Quan hệ với người được bảo hiểm	Loại bệnh ung thư điều trị	Kết quả
..... / /
..... / /
..... / /

5. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM (Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong)

Họ và tên	.....	Số CMND (hộ chiếu)	.....
Quan hệ với NĐBH	.....	Điện thoại Email	.....
Địa chỉ	.....	

6. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM (Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm chỉ định người khác nhận thay tiền bồi thường)

Họ và tên	.....	Số CMND (hộ chiếu)	.....
Quan hệ với NĐBH	.....	Điện thoại Email	.....
Địa chỉ	.....	

Cam kết của Người yêu cầu bảo hiểm

Tôi và tất cả những Người được bảo hiểm cam đoan rằng hiện tại chúng tôi hoàn toàn khoẻ mạnh cả về thể chất và tinh thần. Tôi cam đoan rằng tất cả những lời khai trên là đúng, nếu không Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ trách nhiệm bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt về bất kỳ sự thay đổi và đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm sẽ là cơ sở của Hợp đồng giữa tôi và Bảo hiểm Bảo Việt. Tôi chấp nhận tất cả các điều khoản mà Bảo hiểm Bảo Việt quy định trong đơn bảo hiểm và sẽ nộp phí bảo hiểm đúng quy định.

Phần dành riêng cho Cán bộ khai thác

Họ tên:
Mã tư vấn viên:
Nhóm:
Ban:

....., ngày tháng năm
Người yêu cầu bảo hiểm **Người được bảo hiểm**
(ký và ghi rõ họ tên) (ký và ghi rõ họ tên)

Cán bộ khai thác
(ký ghi rõ họ tên)

Phần phê duyệt của Tổng Công ty Bảo hiểm Bảo Việt

Chấp nhận bảo hiểm Từ chối nhận bảo hiểm

Lý do:

(ký ghi rõ họ tên)