

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM

(Áp dụng cho cá nhân/hộ gia đình)

Trách nhiệm của Người tham gia bảo hiểm:

Đọc kỹ ghi chú dưới đây trước khi điền vào Giấy yêu cầu bảo hiểm (YCBH)

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/Người được bảo hiểm kê khai và ký xác nhận.

Khai báo các thông tin trên trước khi mở rộng, thay đổi hay tái lập một Hợp đồng bảo hiểm.

Trường hợp không thực hiện đầy đủ trách nhiệm khai báo mọi thông tin, Công ty bảo hiểm có quyền giảm trách nhiệm một phần hoặc toàn bộ đối với khiếu nại Hợp đồng này. Nếu việc không khai báo nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền hủy/vô hiệu hóa hợp đồng bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực.

1. NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (NYCBH)

Họ và tên:

Địa chỉ:

Số CMND/hộ chiếu:

Nghề nghiệp:

2. CHI TIẾT VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ tên	Ngày tháng năm sinh	Quan hệ với NYCBH	CMND/Hộ chiếu/GKS	Giới tính	Địa chỉ

3. NGÀY BẮT ĐẦU BẢO HIỂM:

/ /

4. LỰA CHỌN BẢO HIỂM (Hãy tích vào ô tương ứng)

4.1 QUYỀN LỢI CHÍNH: Điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn

NỘI TRÚ - IP <input type="checkbox"/>	Select <input type="checkbox"/>	Essential <input type="checkbox"/>	Classic <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/>	Diamond <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

4.2 QUYỀN LỢI BỔ SUNG (Tùy chọn):

	Select	Essential	Classic	Gold	Diamond
1. Điều trị ngoại trú do ốm bệnh/tai nạn (OP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Thai sản và Sinh đẻ (MA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bảo hiểm Nha khoa (DC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bảo hiểm Tai nạn cá nhân (PA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bảo hiểm sinh mạng cá nhân (TL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bảo hiểm hỗ trợ du học sinh (OSP)	<input type="checkbox"/>	Không áp dụng <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ghi chú: Nếu tích chọn quyền lợi bổ sung số 6, vui lòng cung cấp thêm cho Bảo Việt thông tin sau:

Khóa học và Tên trường học tại nước ngoài của NĐBH:

Địa chỉ trường:

Thông tin về người bảo trợ:

Họ và tên:

Giới tính:

Ngày tháng năm sinh:

CMND/Hộ chiếu:

Mối quan hệ với Học sinh/Sinh viên:

5. HÌNH THỨC THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM:

Tiền mặt

Chuyển khoản

6. KÊ KHAI VỀ SỨC KHOẺ:

STT	CHI TIẾT	CÓ	KHÔNG
1	Bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có bệnh bẩm sinh, khuyết tật cơ thể hay thương tật không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Trong 5 năm qua, bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình phải phẫu thuật, nằm viện hay điều trị trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, tổ chức tương tự hoặc tổ chức y tế khác hoặc biết được tình trạng cần phải được điều trị trong bệnh viện trong vòng 12 tháng tiếp theo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Trong 5 năm qua, bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã từng bị hay điều trị: Bệnh ung thư và u các loại; Các bệnh liên quan đến tim, viêm gan (A, B, C), tụy, thận, suy phổi; Các bệnh liên quan đến hệ thống tạo máu bao gồm bệnh suy tủy, bạch cầu cấp, bạch cầu mãn tính; Bệnh thiếu hooc môn sinh trưởng; Bệnh đái tháo đường; Bệnh Parkinson hay các bệnh khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu câu hỏi nào ở trên được trả lời là có, vui lòng cung cấp chi tiết tên Người được bảo hiểm, ngày điều trị, chi tiết điều trị, kết quả (có thể ghi sang trang khác):

7. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM (Áp dụng trong trường hợp NDBH tử vong)

Họ và Tên:

Số CMND/hộ chiếu:

Quan hệ với NDBH:

Điện thoại:

Địa chỉ:

Email:

8. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM

(Áp dụng trong trường hợp NDBH chỉ định người khác nhận thay tiền bồi thường)

Họ và Tên:

Số CMND/hộ chiếu:

Quan hệ với NDBH:

Điện thoại:

Địa chỉ:

Email:

Cam đoan: Bằng giấy yêu cầu này tôi cùng với những người được bảo hiểm được ghi danh sách ở trên xin đăng ký tham gia Chương trình bảo hiểm này. Tôi xin cam đoan, bằng kiến thức của mình và tin tưởng rằng thông tin được cung cấp trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này là hoàn toàn trung thực và đầy đủ. Đại diện cho toàn bộ những người được bảo hiểm, tôi nhận thức được các điều khoản, điều kiện của đơn bảo hiểm này, bao gồm cả các giới hạn của quyền lợi bảo hiểm và các điểm loại trừ. Tôi đồng ý rằng những cam kết và thông tin được cung cấp trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này sẽ là cơ sở của Hợp đồng bảo hiểm được cấp theo giấy yêu cầu bảo hiểm này.

Phần dành riêng cho Đại lý bảo hiểm/Cán bộ khai thác

..... ngày tháng năm

Chấp nhận bảo hiểm

Người yêu cầu bảo hiểm

Người được bảo hiểm

Từ chối nhận bảo hiểm

(ký và ghi rõ họ tên)

(ký và ghi rõ họ tên)

Lý do:

Đại lý/Cán bộ khai thác (ký và ghi rõ họ tên)