

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE

Giấy Yêu cầu Bảo hiểm Sức khỏe ("Giấy YCBHSK") này là một phần đính kèm và không thể tách rời của Hợp đồng Bảo hiểm Sức khỏe ("HĐBHSK") được phát hành theo các thông tin cung cấp của Bên mua Bảo hiểm và Người được Bảo hiểm bên dưới:

BÊN MUA BẢO HIỂM: Minh

ĐỊA CHỈ LIÊN LẠC: Lê Hồng Phong

SỐ ĐIỆN THOẠI: 0938183388 **THƯ ĐIỆN TỬ LIÊN HỆ:** minhtrinh@pacificcross.com.vn

A - CHI TIẾT NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Tên Đầy Đủ: Minh

Mối quan hệ với Bên mua Bảo hiểm: Tôi là chủ hợp đồng Chiều cao: 169 cm Cân nặng: 73 kg

Ngày sinh (ngày/tháng/năm): / / Giới tính: ☒ Nam ☐ Nữ

Nghề nghiệp: Nhân viên Mô tả công việc (Vd: văn phòng, kinh doanh, lao động tay chân nhẹ, v.v...): công việc văn phòng

Số CCCD/ CMND/ Hộ chiếu: 025673589 Nước Cư trú: Việt Nam Quốc tịch: Vietnam

Hiện tại Quý khách có hút thuốc hoặc dùng các sản phẩm thuốc lá không? ☐ Có ☒ Không

Nếu Quý khách đã bỏ hút thuốc, vui lòng nêu rõ từ khi nào (tháng/năm): /

Số điện thoại: 0938183388 Thư điện tử liên hệ: minhtrinh@pacificcross.com.vn

Dành cho Người được Bảo hiểm dưới 03 tuổi

Đứa trẻ này được sinh ra ở tuần thứ mấy của thai kỳ? tuần. Chiều cao và cân nặng lúc sinh: cm kg

Đứa trẻ này có anh, chị em sinh đôi/ sinh ba không? ☐ Có ☐ Không

B - LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

VIỆT AN/HEALTH FIRST	HF1 - 150.000.000 VNĐ	HF2 - 250.000.000 VNĐ	HF3 - 450.000.000 VNĐ
Quyền lợi chính	☐	☐	☐
Quyền lợi y tế bổ sung	☐	☐	☐
Nha khoa	☐	☐	☐
Tai nạn cá nhân	Số tiền bảo hiểm:		

VIỆT AN/HEALTHUP	HU1 - 650.000.000 VNĐ	HU2 - 1.000.000.000 VNĐ
Quyền lợi chính	☐	☐
Quyền lợi y tế bổ sung	☐	☐
Nha khoa	☐	☐
Tai nạn cá nhân	Số tiền bảo hiểm:	

TOÀN MỸ	CƠ BẢN - 500.000.000 VNĐ	TRUNG CẤP - 1.000.000.000 VNĐ	CAO CẤP - 2.000.000.000 VNĐ
Nội trú	☐	☐	☐
Ngoại trú	☐	☐	☐
Quyền lợi lựa chọn	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2 ☐ Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm:		

MASTER	M1+ - 5.000.000.000 VNĐ	☒ M2 - 10.000.000.000 VNĐ	M3 - 20.000.000.000 VNĐ
Quyền lợi lựa chọn	☐ Nâng cao 1.000.000.000 VNĐ chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+)		
	☐ Nha khoa ☐ Nâng cao cuộc sống1 ☐ Nâng cao cuộc sống2 ☐ Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm:		
Chiết khấu lựa chọn	☐ Giới hạn vùng điều trị (25%) ☐ Loại trừ điều trị ngoại trú (30%)		
	☐ Đồng thanh toán 20% (25%) ☐ Miễn thưởng 50.000.000 VNĐ cho Quyền lợi Nội trú (20%)		

Thông tin Người thụ hưởng: (chỉ đối với quyền lợi Tai nạn cá nhân)

Họ tên Người thụ hưởng: Mối quan hệ với Người được bảo hiểm:

Lựa chọn thanh toán: ☒ Năm ☐ Nửa năm (phụ phí được áp dụng)

C - BẢNG CÂU HỎI

Vui lòng trả lời các câu hỏi bên dưới (nếu Người được Bảo hiểm dưới 18 tuổi, cha mẹ/người giám hộ hợp pháp hoàn thành và ký thay cho con). Việc trả lời đầy đủ và chính xác những câu hỏi bên dưới sẽ hỗ trợ chúng tôi thẩm định và phát hành HĐBHSK

CÓ KHÔNG

1. Hiện tại Quý khách có được bảo hiểm dưới một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào khác không (nếu CÓ, vui lòng cung cấp bản sao hợp đồng bảo hiểm và bảng liệt kê quyền lợi) ☐ ☒

Quý khách đã từng có đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe hay hợp đồng sức khỏe nào bị từ chối, bị tăng phí, bị giới hạn quyền lợi hay bị hủy bỏ không? Nếu CÓ, vui lòng nêu rõ lý do ☐ ☒

2. Quý khách đã từng có những bệnh lý hoặc được chẩn đoán bệnh cho bất kỳ vấn đề nào sau đây?

2.1. Các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần, các vấn đề nghiện rượu và ma túy hoặc các rối loạn giấc ngủ? ☐ ☒
Vd: trầm cảm, căng thẳng, bệnh tự kỷ, v.v...

2.2. Các tình trạng của Tim, Mạch? ☐ ☒
Vd: huyết áp cao/thấp, cơn đau thắt ngực/đau ngực, động mạch vành, thiếu máu, huyết khối tĩnh mạch sâu, giãn tĩnh mạch, v.v...

D - PHẦN BỔ SUNG

Tôi/ Chúng tôi cam kết rằng:

b. Gửi và lưu trữ các thông tin liên quan đến HDBHSC này tại các bên thứ ba có liên quan thực hiện việc xử lý, lưu trữ và / hoặc sao lưu dữ liệu cho Công ty.

Tên và chữ ký Bên mua Bảo hiểm: _____ Ngày ký (ngày/tháng/năm): ____ / ____ / ____

Đại lý/Môi giới: _____

(i) Chúng tôi sẽ không thể thẩm định Giấy YCBHSK của Quý khách nếu có bất kỳ phần nào hoặc câu hỏi nào trong Giấy YCBHSK chưa hoàn thành hoặc chưa được trả lời đầy đủ.

(ii) Vui lòng nộp Giấy YCBHSK với đầy đủ thông tin và chữ ký gốc của Quý khách cho Công ty. Nếu Giấy YCBHSK bị tách thành các tờ rời nhau, vui lòng ký lên mỗi tờ. Chúng tôi chấp nhận hình thức nộp Giấy YCBHSK bằng ảnh chụp hoặc scan màu, được ký bằng địa chỉ thư điện tử đã đăng ký của từng Người được Bảo Hiểm.

(iii) Vui lòng cung cấp bản sao của CCCD/ CMND/ Hộ chiếu, thông tin định danh này là cơ sở để chúng tôi phát hành HĐBHXK cũng như chi trả quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của Quý khách.