

Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm này là bộ phận đính kèm và không thể tách rời của bất kỳ Hợp Đồng Bảo Hiểm Sức Khỏe nào được phát hành theo các thông tin cung cấp của những Người Được Bảo Hiểm bên dưới

BÊN MUA BẢO HIỂM : _____
 Địa chỉ liên lạc: _____
 Số điện thoại: _____ Thư điện tử liên hệ: _____

A-CHI TIẾT NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 1	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 2	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 3	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 4
Tên đầy đủ	_____	_____	_____	_____
Mối quan hệ với Bên mua bảo hiểm	_____	_____	_____	_____
Chiều cao và Cân nặng	_____ Cm _____ Kg	_____ Cm _____ Kg	_____ Cm _____ Kg	_____ Cm _____ Kg
Ngày sinh (ngày/tháng/năm)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Nghề nghiệp	_____	_____	_____	_____
Mô tả công việc (Vd: văn phòng/hành chính, bán lẻ/kinh doanh, lao động tay chân nhẹ, v.v...)	_____	_____	_____	_____
Số Hộ chiếu/ CMND	_____	_____	_____	_____
Nước Cư trú	_____	_____	_____	_____
Quốc tịch	_____	_____	_____	_____
Hiện tại Quý khách có hút thuốc hoặc dùng các sản phẩm thuốc lá không? Nếu Quý khách đã bỏ hút thuốc, vui lòng nêu rõ khi nào (tháng/năm):	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ____/____/____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ____/____/____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ____/____/____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không ____/____/____
Số điện thoại	_____	_____	_____	_____
Thư điện tử liên hệ:	_____	_____	_____	_____

Tôi đồng ý cho Công ty Pacific Cross Việt Nam giao tiếp với tôi qua địa chỉ thư điện tử của tôi. Hơn nữa tôi chấp nhận các giao tiếp qua thư điện tử cấu thành một phần của hợp đồng.

Dành cho Người được bảo hiểm dưới 03 tuổi:

Đứa trẻ này được sinh ra ở tuần thứ mấy của thai kỳ?	_____ Tuần	_____ Tuần	_____ Tuần	_____ Tuần
Chiều cao và cân nặng lúc sinh	_____ Cm _____ Kg	_____ Cm _____ Kg	_____ Cm _____ Kg	_____ Cm _____ Kg
Đứa trẻ này có anh, chị em sinh đôi/sinh ba không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

B-LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

TOÀN MỸ	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú
Cơ bản - VNĐ 500.000.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trung cấp - VNĐ 1.000.000.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cao cấp - VNĐ 2.000.000.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quyền lợi lựa chọn	<input type="checkbox"/> Nha khoa 1	<input type="checkbox"/> Nha khoa 2	<input type="checkbox"/> Nha khoa 1	<input type="checkbox"/> Nha khoa 2	<input type="checkbox"/> Nha khoa 1	<input type="checkbox"/> Nha khoa 2	<input type="checkbox"/> Nha khoa 1	<input type="checkbox"/> Nha khoa 2
MASTER								
M1+ - VNĐ 5.000.000.000		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M2 - VNĐ 10.000.000.000		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
M3 - VNĐ 20.000.000.000		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Quyền lợi lựa chọn	<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 Nâng cao 1.000.000.000 VNĐ <input type="checkbox"/> chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+)		<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 Nâng cao 1.000.000.000 VNĐ <input type="checkbox"/> chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+)		<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 Nâng cao 1.000.000.000 VNĐ <input type="checkbox"/> chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+)		<input type="checkbox"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 Nâng cao 1.000.000.000 VNĐ <input type="checkbox"/> chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+)	
	<input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		<input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		<input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		<input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____	
Chiếu khấu lựa chọn:								
Giới hạn vùng điều trị (25%)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Loại trừ điều trị ngoại trú (30%)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Đồng thanh toán 20% (25%)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Miễn thường 50.000.000 VNĐ cho Quyền lợi nội trú (20%)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

E-CAM KẾT

Chúng tôi cam kết toàn bộ thông tin trên, bao gồm tất cả chứng từ và tài liệu đã được đệ trình theo như yêu cầu từ Giấy yêu cầu bảo hiểm là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Chúng tôi hiểu rằng thông tin không đúng sự thật, hoặc che giấu, hoặc trình bày sai về bất kỳ tình trạng nào sẽ dẫn đến kết quả vô hiệu hóa tất cả quyền lợi bảo hiểm của Người Được Bảo Hiểm. Chúng tôi cũng hiểu rằng phí bảo hiểm được đưa ra dựa trên cơ sở Người được bảo hiểm cư trú tại Việt Nam. Chúng tôi đồng ý cho bất kỳ bác sĩ có giấy phép hành nghề, nhân viên y tế, bệnh viện, phòng khám, hoặc cơ sở y tế liên quan khác, công ty bảo hiểm hoặc tổ chức khác, cơ quan hay cá nhân nào có bất cứ hồ sơ hay hiểu biết về tình trạng sức khỏe của chúng tôi, cung cấp cho Pacific Cross Việt Nam bất kỳ thông tin nào như vậy. Một bản sao của giấy ủy quyền này cũng có giá trị như bản gốc.

Chúng tôi đồng ý nhận bất kỳ thông tin nào liên quan đến hợp đồng và quyền lợi bảo hiểm từ Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hùng Vương và bên dịch vụ quản lý bảo hiểm - Công ty Pacific Cross Việt Nam qua Email/ SMS/ MMS/ USSD/ Zalo/ Whatsapp/ Viber và các phương tiện giao tiếp điện tử khác.

CHỮ KÝ VÀ TÊN:

Bên mua bảo hiểm:

Ngày (ngày/tháng/năm):

Người được bảo hiểm 1:

Ngày (ngày/tháng/năm):

Người được bảo hiểm 2:

Ngày (ngày/tháng/năm):

Người được bảo hiểm 3:

Ngày (ngày/tháng/năm):

Người được bảo hiểm 4:

Ngày (ngày/tháng/năm):

Môi giới:

Xin lưu ý:

- (i) Chúng tôi sẽ không thể thẩm định Giấy yêu cầu bảo hiểm của Quý khách nếu có bất kỳ phần nào hoặc câu hỏi nào trong Giấy yêu cầu bảo hiểm chưa hoàn thành hoặc chưa được trả lời đầy đủ.
- (ii) Vui lòng nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm sức khỏe với đầy đủ thông tin và chữ ký gốc của Quý khách cho Pacific Cross Việt Nam để nhận hợp đồng chính thức. Nếu Giấy yêu cầu bảo hiểm sức khỏe bị tách thành các tờ rời nhau, vui lòng ký lên mỗi tờ. Chúng tôi chấp nhận hình thức nộp Giấy yêu cầu bảo hiểm bằng ảnh chụp hoặc scan màu, được gửi bằng địa chỉ thư điện tử đã đăng ký của từng Người Được Bảo Hiểm.