

MẪU KHAI VẤN TẮT THÔNG TIN Y KHOA

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 Người Được Bảo Hiểm bên dưới

– DÀNH CHO NHÓM –

Hợp đồng số: _____

Tên Chủ hợp đồng: _____

Người được bảo hiểm: _____

Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): _____ Chiều cao: _____ Cân nặng : _____

Nghề nghiệp: _____ Nam: Nữ:

Số hộ chiếu hoặc CMND: _____

Quốc tịch: _____

Nước cư trú: _____

Email của Người được bảo hiểm: _____ Điện thoại: _____

Ngày hiệu lực của bảo hiểm (ngày/ tháng/ năm): _____

PACIFIC CROSS VIỆT NAM có quyền yêu cầu thêm thông tin tùy vào việc trả lời theo bảng câu hỏi này.

Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây bằng cách chọn vào khung **Có** hoặc **Không**.

- Có Không Quý khách đã từng có đơn yêu cầu bảo hiểm/hợp đồng bảo hiểm sức khỏe, thương tật hay nhân thọ bị từ chối, bị tăng phí, bị giới hạn quyền lợi, bị hủy bỏ hay bị thu hồi?
- Có Không Quý khách đã từng được chẩn đoán, kiểm tra hay điều trị cho ung thư, tim mạch, phổi, thận, gan, não, các tình trạng về chỉnh hình hay các tình trạng về tâm thần?
- Có Không Quý khách có nằm viện hoặc có bất kỳ điều trị nội trú nào trong vòng 10 năm qua?
- Có Không Quý khách có đang hoặc chuẩn bị điều trị dưới bất kì hình thức nào (bao gồm nhiễm Vi rút Corona (Covid-19))?

Nếu quý khách trả lời “Có” cho bất kỳ câu hỏi 1-4 bên trên, vui lòng cho biết chi tiết bao gồm bệnh sử, chẩn đoán bệnh, bản chất/ngày nhận được chăm sóc và điều trị, ngày khám bệnh gần nhất và các báo cáo y khoa có liên quan, v.v.. (Vui lòng dùng thêm trang giấy riêng nếu chỗ trống bên dưới không đủ).

CAM KẾT: Tôi nộp đơn yêu cầu bảo hiểm dựa trên sự trình bày ở trên và cam kết rằng tất cả những câu trả lời cho những câu hỏi ở trên là chính xác, đầy đủ và đúng sự thật.

Người được bảo hiểm kí tên

Ngày (ngày/ tháng/ năm)

Tên Người được bảo hiểm (VIẾT HOA)