

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE CHO GIA ĐÌNH

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 ("HDBHSK") 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 : _____
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, kinh doanh, lao động tay chân nhẹ, v.v...)	_____	_____	_____	_____
Số CCCD/ CMND/ Hộ chiếu:	_____	_____	_____	_____
Nước Cư trú	_____	_____	_____	_____
Quốc tịch	_____	_____	_____	_____
Hiện tại Quý khách có hút thuốc hoặc dùng các sản phẩm thuốc lá 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
Nếu Quý khách đã bỏ hút thuốc, vui lòng nêu rõ từ khi nào (tháng/năm):	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Số điện thoại	_____	_____	_____	_____
Thư điện tử liên hệ:	_____	_____	_____	_____

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

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 <input type="checkbox"/> Nâng cao 1 tỷ đồng 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"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 <input type="checkbox"/> Nâng cao 1 tỷ đồng 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"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 <input type="checkbox"/> Nâng cao 1 tỷ đồng 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"/> Nha khoa <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 1 <input type="checkbox"/> Nâng cao cuộc sống 2 <input type="checkbox"/> Nâng cao 1 tỷ đồng chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+) <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"/>

TÒAN 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	<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
Tai nạn cá nhân	Số tiền bảo hiểm		Số tiền bảo hiểm		Số tiền bảo hiểm		Số tiền bảo hiểm	

Tôi/ Chúng tôi cam kết rằng:

1. Những câu trả lời và thông tin mà Tôi / Chúng tôi cung cấp cho Tổng Công ty Cổ phần Bảo hiểm Hùng Vương và bên dịch vụ quản lý bảo hiểm - Công ty TNHH MTV Pacific Cross Việt Nam (sau đây gọi chung là "Công ty") là chính xác, đầy đủ và có thật. Tôi/ Chúng tôi đồng ý và xác nhận rằng các câu trả lời và thông tin nêu ở đây là cơ sở cho việc giao kết HĐBHSK giữa Tôi/ Chúng tôi và Công ty. Tôi/ Chúng tôi cũng hiểu và đồng ý rằng thông tin không đúng sự thật, hoặc che giấu, hoặc trình bày sai về bất kỳ tình trạng nào sẽ dẫn đến việc HĐBHSK vô hiệu.

2. Tôi/ Chúng tôi đã cung cấp đầy đủ và chính xác các thông tin cá nhân của mình cho Công ty. Tôi/ Chúng tôi đã biết rõ loại dữ liệu cá nhân sẽ được xử lý cũng như các quyền và nghĩa vụ của chủ thể dữ liệu theo quy định của pháp luật về bảo vệ dữ liệu cá nhân. Tôi/ Chúng tôi tự nguyện và hoàn toàn đồng ý và cho phép Công ty xử lý dữ liệu cá nhân của mình cho các mục đích liên quan đến HĐBHSK này.

Đối với thông tin, dữ liệu cá nhân của chủ thể dữ liệu khác có liên quan mà Tôi/ Chúng tôi cung cấp cho Công ty, Tôi/ Chúng tôi cam kết rằng Tôi/ Chúng tôi hoàn toàn được sự chấp thuận, đồng ý của chủ thể dữ liệu đó để cung cấp cho Công ty và hoàn toàn chịu trách nhiệm về việc cung cấp thông tin, dữ liệu cá nhân này.

3. Tôi/ Chúng tôi đã nhận được, đã đọc, hiểu, được giải thích và đồng ý với bản Quy tắc & Điều khoản bảo hiểm của Công ty đang áp dụng bao gồm cả các điều khoản bảo hiểm, các điểm loại trừ và các điều kiện liên quan.

Tôi/ Chúng tôi xác nhận đã được giải thích rõ ràng, đầy đủ về quyền lợi sản phẩm bảo hiểm sức khỏe, nhận thức được các đặc thù của sản phẩm đã lựa chọn. Tôi/ Chúng tôi cũng hiểu rằng phí bảo hiểm được đưa ra dựa trên cơ sở Người được Bảo hiểm cư trú tại Việt Nam.

4. Tôi/ 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 mà có bất cứ hồ sơ sức khỏe hay hiểu biết về tình trạng sức khỏe của tôi, được quyền cung cấp cho Công ty bất kỳ thông tin nào liên quan. Một bản sao của giấy ủy quyền này cũng có giá trị như bản gốc.

5. Tôi/ Chúng tôi đồng ý nhận bất kỳ thông tin nào liên quan đến HĐBHSK và quyền lợi bảo hiểm từ Công ty qua Email/ SMS/ MMS/ USSD/ Zalo/ Whatsapp/ Viber và các phương tiện giao tiếp điện tử khác.

6. Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng Công ty có thể:

a. Gửi các thông tin và giới thiệu về sản phẩm và dịch vụ của Công ty, cũng như các thông tin chăm sóc khách hàng khác, đến số điện thoại và/ hoặc thư điện tử hay đến địa chỉ liên lạc của Tôi/Chúng tôi và

b. Gửi và lưu trữ các thông tin liên quan đến HĐBHSK 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.

CHỮ KÝ VÀ TÊN:

Bên mua Bảo hiểm:

Ngày ký (ngày/tháng/năm):

_____ / _____ / _____

Người được Bảo hiểm 1:

Ngày ký (ngày/tháng/năm):

_____ / _____ / _____

Người được Bảo hiểm 2:

Ngày ký (ngày/tháng/năm):

_____ / _____ / _____

Người được Bảo hiểm 3:

Ngày ký (ngày/tháng/năm):

_____ / _____ / _____

Người được Bảo hiểm 4:

Ngày ký (ngày/tháng/năm):

_____ / _____ / _____

Đại lý/ Môi giới:

Xin lưu ý:

(i) Chúng tôi sẽ không thể thẩm định Giấy YCBHSK của Quý khách nếu có bất kỳ phần nào hoặc câu hỏi nào trong ý 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 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 YCBHSK bằng ảnh chụp hoặc scan màu, được gửi 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 HĐBHSK cũng như chi trả quyền lợi bảo hiểm sức khỏe cho Quý khách