

# 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:** \_\_\_\_\_  
**ĐỊA CHỈ LIÊN LẠC:** \_\_\_\_\_  
**SỐ ĐIỆN THOẠI:** \_\_\_\_\_ **THƯ ĐIỆN TỬ LIÊN HỆ:** \_\_\_\_\_

## A - CHI TIẾT NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

**Tên Đầy Đủ:** \_\_\_\_\_  
 Mối quan hệ với Bên mua Bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Chiều cao: \_\_\_\_\_ cm Cân nặng: \_\_\_\_\_ kg  
 Ngày sinh (ngày/tháng/năm): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Giới tính:  Nam  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?  Có  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. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quyền lợi y tế bổ sung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nha khoa Tai nạn cá nhân	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Số tiền bảo hiểm: _____			

VIỆT AN/HEALTHUP	HU1 - 650.000.000 VNĐ	HU2 - 1.000.000.000 VNĐ
Quyền lợi chính	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quyền lợi y tế bổ sung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nha khoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngoại trú	<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"/> 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	<input type="checkbox"/> Nâng cao 1.000.000.000 VNĐ 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 <input type="checkbox"/> Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		
Chiết khấu lựa chọn	<input type="checkbox"/> Giới hạn vùng điều trị (25%) <input type="checkbox"/> Loại trừ điều trị ngoại trú (30%) <input type="checkbox"/> Đồng thanh toán 20% (25%) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2.3. Các khối u, khối tăng sinh, polyp hoặc ung thư?</b> Vd: u nang, u lympho, tình trạng tiền ung thư, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.4. Các tình trạng của não hoặc hệ thần kinh?</b> Vd: đột quỵ/cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA), ngất, cơn động kinh hoặc động kinh, đau nửa đầu, chứng đa xơ cứng, viêm màng não, viêm dây thần kinh, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.5. Đái tháo đường, tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa hoặc bất kỳ những rối loạn nội tiết nào khác?</b> Vd: rối loạn mỡ máu, các vấn đề về tuyến yên hay tuyến thượng thận, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.6. Mắt, tai, mũi hoặc họng?</b> Vd: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, bong võng mạc, giảm/mất thính lực, viêm amidan, viêm xoang, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.7. Các tình trạng về thở hoặc hô hấp?</b> Vd: hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), giãn phế nang, lao (TB), nhiễm Vi rút Corona (bao gồm Covid-19), v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.8. Các tình trạng của tiết niệu, thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo hoặc tuyến tiền liệt hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.9. Các tình trạng của dạ dày, gan, túi mật, tụy, hoặc hệ tiêu hóa?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.10. Cổ, lưng, khớp, cơ hoặc các vấn đề về xương?</b> Vd: đau dây thần kinh tọa, thoái hóa cột sống, bệnh gút, thay khớp, các vấn đề về sụn hoặc dây chằng, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.11. Các bệnh tự miễn?</b> Vd: nhiễm HIV/Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.12. Các tình trạng về da?</b> Vd: chàm, phát ban, vẩy nến, các phản ứng dị ứng trên da, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.13. Các tình trạng của phụ khoa hoặc của vú?</b> Vd: sa sinh dục, lạc nội mạc tử cung, xét nghiệm phiến đồ (Pap smear) bất thường, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.14. Bất kỳ tình trạng rối loạn thể chất hoặc bẩm sinh?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Trong vòng 3 năm gần đây, Quý khách có bao giờ gặp bác sĩ, hoặc đã từng trải qua bất kỳ xét nghiệm y tế, kiểm tra sức khỏe, dùng thuốc hoặc một liệu pháp nào đó chưa được đề cập ở trên?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D - PHẦN BỔ SUNG**

Nếu Quý khách đã trả lời "CÓ" cho bất kỳ các câu hỏi 2, 3 ở phần C, vui lòng trả lời thêm "Bảng câu hỏi tổng quát" đính kèm

**E - CAM KẾT**

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.

Tên và chữ ký Người được Bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày ký (ngày/tháng/năm): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Đại lý/Môi giới: \_\_\_\_\_

**Xin lưu ý:**

- 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.
- 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 gửi bằng địa chỉ thư điện tử đã đăng ký của từng Người được Bảo Hiểm.
- 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 của Quý khách.