

BÊN MUA BẢO HIỂM : _____

ĐỊA CHỈ LIÊN LẠC: _____

SỐ ĐIỆN THOẠI: _____ **THƯ ĐIỆN TỬ LIÊN HỆ:** _____

	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	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ	☐ Nam ☐ Nữ	☐ 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	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ 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:				

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?	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không

MASTER:									
M1+ - 5.000.000.000 VNĐ	☐		☐		☐		☐		
M2 - 10.000.000.000 VNĐ	☐		☐		☐		☐		
M3 - 20.000.000.000 VNĐ	☐		☐		☐		☐		
Quyền lợi lựa chọn	☐ Nha khoa ☐ Nâng cao cuộc sống 1 ☐ Nâng cao cuộc sống 2 ☐ Nâng cao 1 tỷ đồng chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+) ☐ Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		☐ Nha khoa ☐ Nâng cao cuộc sống 1 ☐ Nâng cao cuộc sống 2 ☐ Nâng cao 1 tỷ đồng chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+) ☐ Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		☐ Nha khoa ☐ Nâng cao cuộc sống 1 ☐ Nâng cao cuộc sống 2 ☐ Nâng cao 1 tỷ đồng chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+) ☐ Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		☐ Nha khoa ☐ Nâng cao cuộc sống 1 ☐ Nâng cao cuộc sống 2 ☐ Nâng cao 1 tỷ đồng chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật (chỉ đối với chương trình M1+) ☐ Tai nạn cá nhân. Số tiền bảo hiểm: _____		
Chiếu 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%)	☐		☐		☐		☐		
TOÀN MỸ:	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	Nội trú	Ngoại trú	
Cơ bản - 500.000.000 VNĐ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Trung cấp - 1.000.000.000 VNĐ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Cao cấp - 2.000.000.000 VNĐ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Quyền lợi lựa chọn	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	☐ Nha khoa 1 ☐ Nha khoa 2	
Tai nạn cá nhân	Số tiền bảo hiểm		Số tiền bảo hiểm		Số tiền bảo hiểm		Số tiền bảo hiểm		

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

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG (CHỈ ĐỐI VỚI QUYỀN LỢI TAI NẠN CÁ NHÂN)

LỰA CHỌN THANH TOÁN: ☐ NĂM ☐ NỬA NĂM (PHỤ PHÍ ĐƯỢC ÁP DỤNG)

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

2.10. Cổ, lưng, khớp, cơ hoặc các vấn đề về xương? Vd: đau dây thần kinh tọa, thoái hóa cột sống, bệnh gút, thay khớp, các vấn đề về sụn hoặc dây chằng, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.11. Các bệnh tự miễn? 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...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.12. Các tình trạng về da? Vd: chàm, phát ban, vẩy nến, các phản ứng dị ứng trên da, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.13. Các tình trạng của phụ khoa hoặc của vú? Vd: sa sinh dục, lạc nội mạc tử cung, xét nghiệm phết đồ (Pap smear) bất thường, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.14. Bất kỳ tình trạng rối loạn thể chất hoặc bẩm sinh?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 1

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 2

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 3

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 4

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.