

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	☐ 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 Căn cước/ CCCD/ 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	_____	_____	_____	_____

Dành cho Người được Bảo hiểm dưới 03 tuổi:

Đứa trẻ 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

B-LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

CARE ELITE

Quyền lợi nội trú (Quyền lợi chính) CE1 - 10.000.000.000 VND CE2 - 20.000.000.000 VND	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐
Quyền lợi lựa chọn Ngoại trú Thai sản Nha khoa Tai nạn cá nhân (PA)	☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____
Lựa chọn chiết khấu Đóng thanh toán 20% (-25%) Giới hạn vùng điều trị tại Châu Á* (-10%) Giới hạn vùng điều trị tại Đông Nam Á** (-20%)	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

CARE CROSS

Quyền lợi nội trú (Quyền lợi chính) CC1 - 1.000.000.000 VND CC2 - 2.000.000.000 VND CC3 - 5.000.000.000 VND	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
---	--	--	--	--

(*): Ngoại trừ Hồng Kông, Singapore và Nhật Bản;
 (**): Ngoại trừ Singapore.

	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 1	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 2	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 3	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 4
Quyền lợi lựa chọn	☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ CC1☐ CC2☐ CC3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____
Lựa chọn chiết khấu				
Đóng thanh toán 20% (-25%)	☐	☐	☐	☐
Giới hạn vùng điều trị tại Châu Á* (-10%)	☐	☐	☐	☐
Giới hạn vùng điều trị tại Đông Nam Á** (-20%)	☐	☐	☐	☐

CARE FIRST				
Quyền lợi nội trú (Quyền lợi chính)				
CF1 - 100.000.000 VND	☐	☐	☐	☐
CF2 - 250.000.000 VND	☐	☐	☐	☐
CF3 - 500.000.000 VND	☐	☐	☐	☐
Quyền lợi lựa chọn	☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ CF1☐ CF2☐ CF3 ☐ Số tiền bảo hiểm: _____
Lựa chọn chiết khấu				
Đóng thanh toán 20% (-25%)	☐	☐	☐	☐

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG				
	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 1	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 2	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 3	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 4
Họ tên Người thụ hưởng	_____	_____	_____	_____
Mối quan hệ với Người được Bảo hiểm	_____	_____	_____	_____

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				
	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 1	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 2	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 3	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM 4
	Có	Không	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)	☐	☐	☐	☐
Quý khách đã từng có đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe hay hợp đồng sức khỏe nào bị từ chối, bị tạm phi, bị giới hạn quyền lợi hay bị hủy bỏ không? Nếu CÓ, vui lòng nêu rõ lý do:	☐	☐	☐	☐
2. Quý khách đã từng có những bệnh lý hoặc được chẩn đoán bệnh cho bất kỳ vấn đề nào sau đây không?				
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 tư kỷ, v.v...	☐	☐	☐	☐
2.2. Các tình trạng của Tim, Mạch? Vd: huyết áp cao/thấp, cơn đau thắt ngực/dau ngực, động mạch vành, thiếu máu, huyết khối tĩnh mạch sâu, giãn tĩnh mạch, v.v...	☐	☐	☐	☐
2.3. Các khối u, khối tăng sinh hoặc ung thư? Vd: u nang, u lympho, tình trạng tăng ung thư, v.v...	☐	☐	☐	☐
2.4. Các tình trạng của não hoặc hệ thần kinh? Vd: đột quỵ/con 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...	☐	☐	☐	☐
2.5. Đái tháo đường, tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa hoặc bất kỳ những rối loạn nội tiết nào khác? Vd: rối loạn mỡ máu, các vấn đề về tuyến yên hay tuyến thượng thận, v.v...	☐	☐	☐	☐
2.6. Mắt, tai, mũi hoặc họng? Vd: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, bong võng mạc, giảm/mất th nh lực, viêm amidan, viêm xoang, v.v...	☐	☐	☐	☐
2.7. Các tình trạng về thận hoặc hô hấp? Vd: hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), giãn phế nang, lao (TB), nhiễm Vi rút Corona (bao gồm Covid-19), v.v...	☐	☐	☐	☐

(*): Ngoại trú/Hồng Kông, Singapore và Nhật Bản;
(**): Ngoại trú Singapore.

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 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 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.
- (iii) Vui lòng cung cấp bản sao của Sổ Căn cước/ CCCD/ Hộ chiếu, thông tin định danh này là cơ sở để chúng tôi phát hành HĐBHSK cũng như chỉ tra quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của Quý khách.