

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM CHO GIA ĐÌNH

Dành cho sản phẩm Việt An, Care First

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:** _____
CCCD/MÃ SỐ THUẾ: _____

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

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 VND	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HF2 - 250.000.000 VND	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HF3 - 450.000.000 VND	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nha khoa	☐ HF1 ☐ HF2 ☐ HF3	☐ HF1 ☐ HF2 ☐ HF3	☐ HF1 ☐ HF2 ☐ HF3	☐ HF1 ☐ HF2 ☐ HF3	☐ HF1 ☐ HF2 ☐ HF3	☐ 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: _____	Số tiền bảo hiểm: _____	Số tiền bảo hiểm: _____	Số tiền bảo hiểm: _____	Số tiền bảo hiểm: _____

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	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3
Ngoại trú	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3
Thai sản	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3
Nha khoa	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3	☐ CF1 ☐ CF2 ☐ CF3
Tai nạn cá nhân (PA)	☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ Số tiền bảo hiểm: _____	☐ Số tiền bảo hiểm: _____
Lựa chọn chiết khấu	☐	☐	☐	☐
Đồng 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). Chúng tôi có thể yêu cầu thêm thông tin tùy vào việc trả lời của Quý khách.

		CÓ	KHÔNG
1.	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: _____	☐	☐
2.	Quý khách đã từng có những bệnh lý hoặc đã được chẩn đoán, điều trị cho bất kỳ vấn đề nào về não, ung thư, tim, mạch, gan, phổi, thận và tiết niệu, phụ khoa, tuyến giáp, dạ dày, cơ xương khớp, bệnh tự miễn, đái tháo đường, các tình trạng về chỉnh hình hay các tình trạng về tâm thần?	☐	☐
3.	Quý khách có nằm viện hoặc có bất kỳ điều trị nội trú nào trong vòng 03 năm qua?	☐	☐
4.	Trong vòng 3 năm gần đây, Quý khách có bao giờ gặp bác sĩ, trải qua bất kỳ xét nghiệm, 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, 4 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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tôi/ Chúng tôi đồng ý rằng Công ty có thể:
 - 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
 - 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:****Ngày ký (ngày/tháng/năm):****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 Sổ Căn cước/ CCCD/ Hộ chiếu, thông tin định danh này là cơ sở để chúng tôi phát hành HĐBHSK cũng như chỉ trả quyền lợi bảo hiểm sức khỏe của Quý khách.