

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE

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 ("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: _____
CCCD/MÃ SỐ THUẾ: _____

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 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
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai nạn cá nhân (PA)	Số tiền bảo hiểm: _____		

CARE FIRST	CF1 - 100.000.000 VNĐ	CF2 - 250.000.000 VNĐ	CF3 - 500.000.000 VNĐ
Nội trú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ngoại trú	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thai sản	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nha khoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tai nạn cá nhân (PA)	Số tiền bảo hiểm: _____		
Lựa chọn chiết khấu	<input type="checkbox"/> Đồng thanh toán 20% (-25%)		

Thông tin Người thụ hưởng:

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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quý khách có nằm viện hoặc có bất kỳ điều trị nội trú nào trong vòng 03 năm qua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<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, 4 ở phần C, vui lòng trả lời thêm "Bảng câu hỏi tổng quát" đính kèm.

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:

(i) Chúng tôi sẽ không thể thẩm định Giấy yêu cầu 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 số Căn cước/ CCCD/ 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.