

**TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG:** \_\_\_\_\_  
Địa chỉ liên lạc: \_\_\_\_\_  
Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Thư điện tử liên hệ: \_\_\_\_\_

**A-CHI TIẾT NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM**

**Tên Đầy Đủ (họ/tên đệm/tên):** \_\_\_\_\_  
Mối quan hệ với Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Chiều cao: \_\_\_\_\_ Cm Cân nặng: \_\_\_\_\_ Kg  
Ngày sinh (ngày/tháng/năm): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Giới tính:  Nam  Nữ  
Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_ Mô tả công việc (Vd: văn phòng/hành chính, bán lẻ/kinh doanh, lao động tay chân nhẹ, v.v...) \_\_\_\_\_  
Số Hộ chiếu/ CMND: \_\_\_\_\_ 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 khi nào (tháng/năm): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Thư điện tử liên hệ: \_\_\_\_\_

Tôi đồng ý cho Công ty Pacific Cross Việt Nam giao tiếp với tôi qua địa chỉ thư điện tử của tôi. Hơn nữa tôi chấp nhận các giao tiếp qua thư điện tử cấu thành một phần của hợp đồng.

**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**

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	

MASTER	M1+ - VNĐ 5.000.000.000	M2 - VNĐ 10.000.000.000	M3 - VNĐ 20.000.000.000
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 thường 50.000.000 VNĐ cho Quyền lợi Nội trú (20%)	

**CHƯƠNG TRÌNH KHÁC** \_\_\_\_\_

**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) Ngày hiệu lực bảo hiểm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (ngày/tháng/năm)

**C-BẢNG CÂU HỎI**

Vui lòng trả lời các câu hỏi bên dưới (nếu Người được bảo hiểm dưới 18 tuổi, cha mẹ hoàn thành và ký thay cho con). Tất cả thông tin được cung cấp sẽ được bảo mật một cách chặt chẽ nhất. Việc trả lời đầy đủ và chính xác những câu hỏi bên dưới sẽ hỗ trợ chúng tôi thẩm định chính xác việc bảo hiểm cho Quý khách

	CÓ	KHÔNG
1. - Hiện tại Quý khách có được bảo hiểm dưới một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào 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 triệu chứng hay đã từng được chẩn đoán, thăm khám hoặc điều trị gì 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, lo lắng, căng thẳng, bệnh tự kỷ, mất ngủ, ngưng thở khi ngủ, ma túy và nghiện rượu, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Các tình trạng Tim, Mạch? Vd: huyết áp cao/thấp, cơn đau thắt ngực/đau ngực, cơn đau tim hoặc suy tim, động mạch vành, thiếu máu, huyết khối tĩnh mạch sâu, giãn tĩnh mạch, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	CÓ	KHÔNG
<b>2.3. Các khối u, khối tăng sinh hoặc ung thư?</b> Vd: políp, khối tăng sinh lành tính hoặc u nang, u lympho, bất kỳ bệnh ung thư hoặc 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 quy/cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA), ngất, cơn động kinh hoặc động kinh, đau nửa đầu, chứng đờ đẫn, 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: đái tháo đường týp 1 hoặc týp 2, suy giáp hoặc cường giáp, rối loạn mỡ máu, các vấn đề về tuyến yên hay tuyến thượng thận, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Trong vòng 5 năm gần đây, Quý khách có bao giờ gặp bác sĩ, hoặc đã từng có những triệu chứng, hoặc đã từng nhập viện hay cơ sở y tế cho một cuộc phẫu thuật hoặc thủ thuật, hoặc đã từng trải qua các xét nghiệm hoặc thăm khám cho bất kỳ vấn đề nào sau đây?</b>		
<b>3.1. Mắt, tai, mũi hoặc họng?</b> Vd: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, bong võng mạc, thoái hóa hoàng điểm, giảm/mất thính lực, viêm tai tái diễn, viêm amidan, viêm xoang, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2. Các tình trạng về thở hoặc hô hấp?</b> Vd: hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), giãn phế nang, thở hụt hơi, viêm phổi, viêm phế quản, lao (TB), các loại dị ứng đường hô hấp, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3. 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> Vd: các nhiễm trùng hoặc sỏi ở thận, bàng quang, niệu đạo, các vấn đề về tuyến tiền liệt, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4. Các tình trạng của dạ dày, gan, túi mật, tụy, hoặc hệ tiêu hóa?</b> Vd: viêm dạ dày, bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD), viêm gan, xơ gan, sỏi mật, viêm tụy, ruột kích thích, viêm đại tràng, bệnh trĩ, tiêu chảy dai dẳng, bệnh Crohn, loét tiêu hóa, đau bụng, chảy máu, tất cả loại thoát vị, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5. Cổ, lưng, khớp, cơ hoặc các vấn đề về xương?</b> Vd: đau cổ, lưng hoặc khớp, đau dây thần kinh tọa, viêm khớp, thoái hóa cột sống, bệnh gút, thay khớp, gãy xương, các vấn đề về sụn hoặc dây chằng, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.6. 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>3.7. Các tình trạng về da?</b> Vd: chàm, viêm da, phát ban, bệnh vẩy nến, mụn trứng cá, nốt ngứa hoặc chảy máu, hoặc các phản ứng dị ứng trên da, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.8. Các tình trạng của phụ khoa hoặc của vú?</b> Vd: kinh nguyệt không đều, u xơ, sa sinh dục, bệnh lạc nội mạc tử cung, xét nghiệm phiến đồ (Pap smear) bất thường, các rối loạn của cổ tử cung, tử cung, buồng trứng hoặc vòi trứng, v.v...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.9. Bất kỳ tình trạng rối loạn thể chất hoặc bẩm sinh?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Quý khách đã từng được khuyên 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"/>

Tôi muốn các tình trạng của tôi được bảo hiểm (thông tin y tế bổ sung có thể được yêu cầu)

## 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 cho biết chi tiết bao gồm lịch sử bệnh, chẩn đoán, tính chất/ ngày điều trị, ngày thăm khám cuối cùng, hồ sơ y tế liên quan, tên và thông tin liên hệ của thầy thuốc hoặc bác sĩ của Quý khách, v.v... (nếu khoảng trống để ghi không đủ, vui lòng dùng một tờ giấy khác.)

---



---



---

## E-CAM KẾT

Tôi cam kết toàn bộ thông tin trên, bao gồm tất cả chứng từ và tài liệu đã được đệ trình theo như yêu cầu từ Đơn yêu cầu bảo hiểm là đúng sự thật, chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng thông tin không đúng sự thật, hoặc che giấu, hoặc trình bày sai về bất kỳ tình trạng nào sẽ dẫn đến kết quả vô hiệu hóa tất cả quyền lợi của Người Được Bảo Hiểm. Tôi cũng hiểu rằng phí bảo hiểm được đưa ra dựa trên cơ sở Người được bảo hiểm cư trú tại Việt Nam. 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 có bất cứ hồ sơ hay hiểu biết về tình trạng sức khỏe của tôi, cung cấp cho Pacific Cross Việt Nam bất kỳ thông tin nào như vậy. Một bản sao của giấy ủy quyền này cũng có giá trị như bản gốc.

Chữ ký Người Được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày (ngày/tháng/năm): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Tên Người Được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Môi giới: \_\_\_\_\_

**Xin lưu ý:** (i) Chúng tôi sẽ không thể thẩm định đơn yêu cầu bảo hiểm của Quý khách nếu có bất kỳ phần nào hoặc câu hỏi nào trong Đơn yêu cầu bảo hiểm chưa hoàn thành hoặc chưa được trả lời đầy đủ.  
 (ii) Vui lòng nộp Đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe với đầy đủ thông tin và chữ ký gốc của Quý khách cho Pacific Cross Việt Nam để nhận hợp đồng chính thức (Nếu Đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe bị tách thành các tờ rời nhau, vui lòng ký lên mỗi tờ)