**GIẤY YÊU CẦU**

**BẢO HIỂM SỨC KHỎE TOÀN DIỆN**

(Giấy yêu cầu bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm)

|  |
| --- |
| **Trách nhiệm của Người tham gia bảo hiểm:**   * Đọc kỹ ghi chú dưới đây trước khi điền vào Giấy Yêu cầu Bảo hiểm (YCBH). * Phải khai báo cho Công ty bảo hiểm toàn bộ những thông tin bạn biết liên quan đến quyết định chấp nhận hay không chấp nhận bảo hiểm của Công ty bảo hiểm. Thông tin trên Giấy YCBH phải do Người yêu cầu bảo hiểm/NĐBH kê khai và ký xác nhận. * Khai báo các thông tin trên trước khi mở rộng, thay đổi hay tái lập một hợp đồng bảo hiểm. * Trường hợp không thực hiện đầy đủ trách nhiệm khai báo mọi thông tin, Công ty bảo hiểm có toàn quyền giảm trách nhiệm một phần hoặc toàn bộ đối với khiếu nại hợp đông này. Nếu việc không khai báo nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm, Công ty bảo hiểm có quyền hủy/vô hiệu hóa hợp đồng bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM** | | | |
| Họ và tên: | ................................................. | Ngày tháng năm sinh: | ............/............/....................... |
| Số CMND (hoặc hộ chiếu): | ................................................. | Điện thoại:  Email: | .................................................  ................................................. |
| Địa chỉ thường trú: | ........................................................................................................................................................... | | |
| Địa chỉ nhận thư: | ........................................................................................................................................................... | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM** | | | |
| Họ và tên | ................................................. | Ngày tháng năm sinh: | .........../............/........................ |
| Quan hệ với người YCBH | ................................................. | Số CMND (hoặc hộ chiếu):  Nếu trẻ em tham gia theo bố/mẹ thì lấy số CMND = “Số CMND của bố/mẹ”.”con thứ mấy” | ................................................. |
| Nghề nghiệp | ................................................. |
| Giới tính | Nam/Nữ |
| Địa chỉ thường trú | ........................................................................................................................................................... | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. LỰA CHỌN ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM (TÍCH VÀO QUYỀN LỢI LỰA CHỌN)** | | | | | | |
| **QUYỀN LỢI CHÍNH (lựa chọn 1 chương trình)** | | | | | | |
| Chương trình I 🞏 | Chương trình II 🞏 | | Chương trình III 🞏 | Chương trình IV 🞏 | | Chương trình V 🞏 |
| **QUYỀN LỢI BỔ SUNG (lựa chọn 1 hoặc nhiều quyền lợi bổ sung cùng chương trình với Quyền lợi chính)** | | | | | | |
| Chi phí điều trị ngoại trú do 🞏  ốm bênh /tai nạn | | Bảo hiểm Tai nạn cá nhân 🞏  Số tiền bảo hiềm: .................................... | | | Bảo hiểm Sinh mạng 🞏  Số tiền bảo hiềm: ....................................... | |
| **THỜI HẠN**  **BẢO HIỂM** | **Từ** ........../.........../20.......... **đến** .........../............./20.......... | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ** | | | | | | | | | | | |
| a) Người được bảo hiểm kê khai trên đã từng phải điều trị, nằm viện hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác trong vòng 3 năm gần đây không? | | | | | | | | | | | |
| 🞏 CÓ | | | | | 🞏 KHÔNG | | | | | | |
| b) Người được bảo hiểm có đang được theo dõi hoặc điều trị thương tật, bệnh hoặc có triệu chứng sức khỏe không ổn định hoặc cần phải điều trị bệnh viện trong vòng 12 tháng tới không? | | | | | | | | | | | |
| 🞏 CÓ | | | | | 🞏 KHÔNG | | | | | | |
| c) Trong 3 năm qua, Người được bảo hiểm có mắc hay điều trị một hay nhiều triệu chứng các bệnh sau: ung thư, u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, lao, đục nhân mắt, viêm xoang, tiểu đường, thoát vị đĩa đệm hay các bệnh khác không? | | | | | | | | | | | |
| 🞏 CÓ | | | | | 🞏 KHÔNG | | | | | | |
| **Nếu trả lời là “CÓ” cho bất kì câu hỏi nào từ (a) tới (c), xin cung cấp thêm chi tiết:** | | | | | | | | | | | |
| Ngày điều trị | Chẩn đoán | | | | Chi tiết điều trị | | | Kết quả | | Tên, địa chỉ bác sĩ/bệnh viện | |
| ........./......../..........  ......../......../........... | .....................................................................  .................................................................... | | | | ........................  ......................... | | | ....................  .................... | | ..............................................  .............................................. | |
| d) Người được bảo hiểm hiện có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe trong vòng 5 năm gần đây không ? | | | | | | | | | | | |
| 🞏 CÓ | | | | | 🞏 KHÔNG | | | | | | |
| **Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin hợp đồng có hiệu lực gần nhất trong bảng sau:** | | | | | | | | | | | |
| Số Hợp đồng hoặc GCNBH | | Công ty bảo hiểm | | Ngày bắt đầu | | | Ngày hết hạn | | | | Số tiền bảo hiểm |
| ............................... | | .............................................. | | ............/.........../............. | | | ............/.........../............. | | | | ..................................... |
| e) Người được bảo hiểm đã từng yêu cầu bồi thường bảo hiểm y tế, tại nạn con người tại Bảo Việt chưa? | | | | | | | | | | | |
| 🞏 CÓ | | | | | 🞏 KHÔNG | | | | | | |
| **Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:** | | | | | | | | | | | |
| Ngày yêu cầu bồi thường | | Công ty bảo hiểm | | Mô tả ngắn gọn lý do yêu cầu bồi thường | | | | | | | Số tiền yêu cầu bổi thường |
| ........./......../............  ........./......../............ | | ..............................................  .............................................. | | .................................................................................  ................................................................................. | | | | | | | .......................................  ....................................... |
| f) Người được bảo hiểm đã từng bị khước từ nhận bảo hiểm sức khỏe hoặc được chấp nhận nhưng với điều kiện áp dụng các điều khoản bổ sung đặc biệt khác chưa? | | | | | | | | | | | |
| 🞏 CÓ | | | | | 🞏 KHÔNG | | | | | | |
| **Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:** | | | | | | | | | | | |
| Công ty bảo hiểm | | | Bị khước từ nhận bảo hiểm | | | Chấp nhận bảo hiểm với điều khoản đặc biệt được áp dụng | | | Lý do điều chỉnh | | |
| ...................................................................................................... | | | .................................................................................................. | | | .................................................................................................... | | | ................................................................................................ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM TRONG TRƯỜNG HỢP CHẾT** | | | |
| Họ và tên: | ................................................. | Số CMND (hộ chiếu): | ................................................. |
| Quan hệ với NĐBH: | ................................................. | Điện thoại:  Email: | .................................................  ................................................. |
| Địa chỉ: | .......................................................................................................................................................... | | |
| **6. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN NHẬN TIỀN BẢO HIỂM** | | | |
| Họ và tên: | ................................................. | Số CMND (hộ chiếu): | ................................................. |
| Quan hệ với NĐBH: | ................................................. | Điện thoại:  Email: | .................................................  ................................................. |
| Địa chỉ: | .......................................................................................................................................................... | | |
| **Cam kết của Người yêu cầu bảo hiểm**  Tôi và tất cả những Người được bảo hiểm cam đoan rằng hiện tại chúng tôi hoàn toàn khoẻ mạnh cả về thể chất và tinh thần. Tôi cam đoan rằng tất cả những lời khai trên là đúng, nếu không Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ trách nhiệm bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt về bất kỳ sự thay đổi và đồng ý rằng Đơn bảo hiểm sẽ là cơ sở của Hợp đồng giữa tôi và Bảo hiểm Bảo Việt. Tôi chấp nhận tất cả các điều khoản mà Bảo hiểm Bảo Việt quy định trong đơn bảo hiểm và sẽ nộp phí bảo hiểm đúng quy định. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Phần dành riêng cho Đại lý bảo hiểm/Cán bộ khai thác** | .......................... ngày .........tháng .......năm ........ |
| Chấp nhận bảo hiểm 🞏 Từ chối nhận bảo hiểm 🞏 | **Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm**  *(ký và ghi rõ họ tên)* |
| Lý do: ....................................................................................................................  ................................................................................................................................ |
| **Đại lý/Cán bộ khai thác**  *(ký ghi rõ họ tên)* |