



## GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE TOÀN DIỆN

*Đơn đăng ký này dành cho khách hàng tham gia Sản phẩm bảo hiểm Chăm sóc Sức khỏe Toàn diện.  
Thông tin đơn đăng ký phải do Người yêu cầu bảo hiểm kê khai và ký xác nhận.*

### THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ và tên Người yêu cầu Bảo hiểm: \_\_\_\_\_  
 Họ và tên Người được Bảo hiểm : \_\_\_\_\_  
 Ngày tháng năm sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CMND: \_\_\_\_\_  Nam  Nữ  
 Địa chỉ thường trú: \_\_\_\_\_  
 Điện thoại: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_  
 Nơi công tác: \_\_\_\_\_

### KE KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

Việc không cung cấp thông tin về bệnh/thương tật có sẵn hoặc cung cấp thông tin sai lệch về tiền sử bệnh/thương tật của người được Bảo hiểm có thể dẫn tới việc từ chối đăng ký Bảo hiểm, từ chối bồi thường hoặc/và hủy bỏ hoặc vô hiệu Hợp đồng Bảo hiểm sau này.

TT	NỘI DUNG	Không	Có	Nếu có nêu rõ lý do, thời gian điều trị
1	Ông/Bà có bị thương tật gì không (dù có hay không có trợ cấp thương tật)? Vui lòng cung cấp giấy tờ chứng minh (nếu có)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nếu có, lý do..... Từ khi nào..... Tỷ lệ thương tật.....
2	Ông/Bà có đang được bác sỹ theo dõi sức khỏe không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lý do..... Từ khi nào.....
3	Ông/Bà có đang được điều trị y tế (ngoại trú hay nội trú)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lý do..... Từ khi nào.....
4	Ông/Bà đã bao giờ được miễn nghĩa vụ quân sự vì lý do sức khỏe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lý do..... .....
5	Trong vòng 5 năm kể từ thời điểm này về trước, Ông/Bà đã bao giờ: <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Trải qua các đợt điều trị y tế khác có thời gian kéo dài trên một tháng?</li> <li>♦ Phẫu thuật (ngoại trừ các phẫu thuật cắt amidan, điều chỉnh vách ngăn của mũi, cắt V.A, cắt bỏ ruột thừa, cắt túi mật)</li> <li>♦ Ông/bà có đã hoặc đang mắc bệnh mãn tính hoặc di chứng do các vụ tai nạn hay bị các khuyết tật?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Đối với mỗi câu trả lời Có, vui lòng ghi rõ thời điểm bắt đầu điều trị, thời gian điều trị và lý do: ..... ..... .....
6	Trong vòng 5 năm qua Ông/Bà đã bao giờ điều trị hoặc được bác sỹ thông báo cho biết mình phải điều trị: <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Điều trị các bệnh về tim mạch hay cao huyết áp, đột quỵ?</li> <li>♦ Ung thư, u nang, có sự phát triển của u bướu, điều trị bằng tia xạ hay hóa chất?</li> <li>♦ Điều trị các bệnh về thần kinh?</li> <li>♦ Điều trị bệnh tiểu đường hay các bệnh chuyển hóa, hệ thống tiết niệu?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nếu có, vui lòng giải thích: ..... ..... ..... .....

### CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM LỰA CHỌN

<b>QUYỀN LỢI BẢO HIỂM</b>	<b>BẠCH KIM</b>	<b>TITAN</b>	<b>VÀNG</b>	<b>BẠC</b>
Quyền lợi cơ bản				
Quyền lợi mở rộng điều trị ngoại trú				
Quyền lợi mở rộng khám chữa răng				
Quyền lợi mở rộng trợ cấp/ngày nghỉ điều trị do tai nạn				
Quyền lợi mở rộng chăm sóc thai sản				

**Thời hạn bảo hiểm** : Từ \_\_\_\_\_ Đến \_\_\_\_\_

**Phương thức thanh toán** : Tiền mặt  Chuyển khoản

**Địa điểm nhận Hợp đồng BH** : Tại Chi Nhánh NH  Tại địa chỉ nhà riêng

### Cam kết

Tôi, người ký dưới đây, cam kết rằng các thông tin đã được cung cấp ở trên là hoàn toàn đúng, đầy đủ và không hề giấu diếm bất kỳ sự việc nào ảnh hưởng tới việc đánh giá và chấp nhận yêu cầu bảo hiểm này.

Tôi đã đọc kỹ Quy tắc bảo hiểm Chăm sóc sức khỏe toàn diện của Bảo hiểm PVI và tự nguyện chấp thuận các điều kiện, điều khoản và loại trừ của Quy tắc bảo hiểm này.

(Ghi chú: Đối với những người từ 0-14 tuổi, bố mẹ có thể khai báo và ký thay, nộp kèm theo giấy khai sinh)

....., ngày ..... tháng ..... năm .....  
**NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM**

### PHẢN GIỚI CỦA NGÂN HÀNG VPBANK

Mã CN:..... Mã NV: .....  
Họ tên CBKD:.....  
Số điện thoại liên hệ : .....  
Đã thu phí Bảo hiểm theo đề nghị của KH  
Số phí BH : .....  
Giảm phí : .....  
Lý do : .....  
Phí thực thu sau giảm:.....

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

**CÁN BỘ NGÂN HÀNG**  
(Ký, họ tên)

### PHẢN GIỚI CỦA BẢO HIỂM PVI

Đã kiểm tra và đề nghị  
 Chấp nhận bảo hiểm.  
 Không chấp nhận bảo hiểm, với lý do:  
.....  
.....  
.....

....., ngày ..... tháng ..... năm .....

**XÁC NHẬN CỦA ĐƠN VỊ CẤP ĐƠN**  
(Ký, họ tên)