|  |
| --- |
| **Bảo hiểm VietinBank (VBI)**Tầng 10, 11 tòa nhà 126 Đội Cấn, Q. Ba Đình, TP. Hà Nội Tel 04 3942 5650 | Fax 04 3942 5646Website: vbi.vietinbank.vn |
| **GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE VBI CARE** |
|  **THÔNG TIN NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM**  |

Họ và tên: .....................................................................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ................................................................................................................................................ Giới tính: ..................................................................................................

Số CMND/ hộ chiếu: ...............................................................................

Địa chỉ: ......................................................................................................................................................................... Điện thoại: ...............................................................................Email: ………………………………………………

#  THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên: .....................................................................................................................................................................

Ngày, tháng, năm sinh: ................................................................................................................................................

Số CMND/ Hộ chiếu:....................................................................................................................................................

Giới tính: ......................................................................................................................................................................

Nghề nghiệp: ................................................................................................................................................................

Quan hệ với người yêu cầu bảo hiểm: .........................................................................................................................

#  CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM LỰA CHỌN

1. **Quyền lợi bảo hiểm chính**
	* Cơ bản
	* Mở rộng
	* Nâng cao
	* Đặc biệt

# Quyền lợi bảo hiểm phụ lựa chọn

* + Thai sản
	+ Bảo hiểm điều trị ngoại trú
	+ Trợ cấp nằm viện do Tai nạn
	+ Nha khoa

# Thời hạn bảo hiểm

Từ …….h…….ngày……./……./……… Đến …….h…….ngày……./……./………

#  THÔNG TIN TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

* Người được bảo hiểm có đang theo dõi hoặc điều trị thương tật, bệnh tật hay không?
	+ Có  Không

Nếu câu trả lời là có, yêu cầu mô tả chi tiết tình trạng bệnh tật, thương tật đang điều trị

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

* Người được bảo hiểm có mắc một hay các bệnh: ung thư, u bướu các loại, huyết áp, tim mạch, viêm, hoặc loét dạ dày, viêm khớp, thoái hóa xương, khớp loét ruột, viêm gan các loại, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi các loại trong hệ thống tiết niệu, đường mật, đục thủy tinh thể, viêm xoang, Parkinson, bệnh đái tháo đường, bệnh liên quan đến hệ thống tái tạo máu như lọc máu, thay máu, hen phế quản, viêm thận (không bao gồm những ca cấp tính cần điều trị y tế khẩn cấp) không?
	+ Có  Không

#  CAM KẾT

Bằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này tôi cùng những người yêu cầu bảo hiểm trong danh sách ở trên xin đăng ký tham gia chương trình bảo hiểm này. Tôi xin cam đoan với kiến thức của mình và sự tin tưởng của mình những thông tin được cung cấp trong Đơn đăng ký bảo hiểm này là hoàn toàn trung thực và đầy đủ. Đại diện cho những người được bảo hiểm, tôi đồng ý với các điều khoản điều kiện của đơn bảo hiểm này, bao gồm cả các giới hạn quyền lợi bảo hiểm và những điểm loại trừ. Tôi đồng ý rằng những cam kết và thông tin được cung cấp trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này sẽ là cơ sở của Hợp đồng bảo hiểm/ Giấy chứng nhận bảo hiểm này.

Ngày………, tháng………, năm……

# Người yêu cầu bảo hiểm

*Ký và ghi rõ họ tên*