

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM “BẢO VIỆT TÂM BÌNH”

Giấy yêu cầu bảo hiểm (GYCBH) này là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Vui lòng đọc kỹ các yêu cầu dưới đây và điền đầy đủ thông tin GYCBH. Việc kê khai thông tin trong GYCBH này sẽ là căn cứ để thực hiện quyền và nghĩa vụ của các bên trong tất cả các hợp đồng bảo hiểm (bao gồm cả các hợp đồng tái tục tiếp theo).

Xin vui lòng kiểm tra và đọc kỹ để chắc chắn rằng Quý khách hàng đã hiểu toàn bộ các nội dung được quy định trong Quy tắc. Lưu ý, việc Quý khách hàng ký vào Giấy yêu cầu bảo hiểm/Hợp đồng bảo hiểm là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ tất cả các nội dung được quy định trong Quy tắc bảo hiểm kèm theo.

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (NYCBH)

Họ và tên: _____ Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: _____

Ngày tháng năm sinh: _____ Địa chỉ: _____

Điện thoại di động: _____ Email: _____

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)

STT	Họ tên NĐBH	Giới tính	Ngày sinh	Số CCCD/CMND/ Hộ chiếu (Trẻ em lấy theo số của bố/mẹ thêm “.con thứ mấy”)	Quan hệ với NYCBH
1					
2					
3					
4					
5					

QUYỀN LỢI VÀ PHÍ BẢO HIỂM

QUYỀN LỢI & PHÍ BẢO HIỂM		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (Theo STT trong danh sách)				
		1	2	3	4	5
QUYỀN LỢI CHÍNH – Nằm viện và phẫu thuật nội trú do bệnh, tai nạn, thai sản (Ghi tên chương trình; Trẻ em < 9 tuổi tham gia cùng bố/mẹ chỉ được tham gia chương trình thấp hơn hoặc tương đương bố/mẹ)	Chương trình					
	Phí bảo hiểm [1]					
QUYỀN LỢI BỔ SUNG (Cùng chương trình với Quyền lợi chính) Lưu ý: Chỉ chọn 1 trong 2 giữa bảo hiểm Tai nạn cá nhân hoặc Sinh mạng và Tai nạn cá nhân * Số tiền bảo hiểm (STBH)						
- Tai nạn cá nhân	Lựa chọn tham gia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phí bảo hiểm [2]					
- Sinh mạng và Tai nạn cá nhân	Lựa chọn tham gia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phí bảo hiểm [3]					
- Điều trị Ngoại trú	Lựa chọn tham gia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phí bảo hiểm [4]					
PHÍ BẢO HIỂM [5=1+2+3+4] (Theo biểu phí)						
PHỤ PHÍ MỞ RỘNG PHẠM VI BẢO LÃNH [6]						
TỔNG PHÍ BẢO HIỂM PHẢI THU (VND) [7=5+6] (Phải thu theo GYCBH)						

KÊ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE	
<p>1. Trong ba (03) năm qua, có NĐBH nào liệt kê ở trên đã từng đi khám/được chỉ định điều trị/điều trị (*) tại phòng khám/bệnh viện/viện điều dưỡng/tổ chức y tế hoặc các tổ chức tương tự? (*) đi khám/được chỉ định điều trị/điều trị do các bệnh/tình trạng sau có thể không cần kê khai, bao gồm: rối loạn tiêu hóa, ngộ độc, cảm lạnh, cúm, sốt xuất huyết, sốt virus, viêm tai/mũi/họng cấp, viêm kết mạc, dị ứng, khám thai, ngừa thai, viêm ruột thừa, sinh con, tiêm chủng, chấn thương đã khỏi hoàn toàn và không cần theo dõi hoặc điều trị tiếp.</p> <p>..... </p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<p>2. Trong ba (03) năm qua, có NĐBH nào liệt kê ở trên đã mắc và/hoặc điều trị một hay nhiều các chứng bệnh sau: viêm hệ thần kinh trung ương (não); Parkinson; thoái hóa khác của hệ thần kinh; mất trí nhớ; hôn mê, bại não, bại liệt; suy phổi, tràn khí/dịch phổi, suy hô hấp mãn tính; bệnh mạch máu não, đột quỵ (xuất huyết não/xơ cứng động mạch); nhồi máu cơ tim; xơ gan; suy thận, teo thận, sỏi thận, chạy thận nhân tạo; u ác, u xơ tiền liệt; u thượng thận (cắt hoặc chưa cắt); ghép tủy; Lupus ban đỏ; lao các loại; phong; ung thư các loại; suy tủy; bạch cầu; các bệnh lây qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch; bệnh bẩm sinh, di truyền, dị dạng về gen, down?</p> <p>Nếu bất kỳ câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, xin hãy nêu chi tiết (họ và tên, tên bệnh, thời điểm chẩn đoán bệnh, phương pháp điều trị, tình trạng hiện tại, cơ sở điều trị)</p> <p>..... </p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<p>3. Có NĐBH nào liệt kê ở trên đã từng được Bảo Việt giải quyết bồi thường theo một Hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự; hoặc bị bất kỳ Công ty bảo hiểm nào từ chối bảo hiểm/ từ chối tái tục Hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự; hoặc được chấp nhận nhưng với điều kiện áp dụng các điều khoản bổ sung đặc biệt?</p> <p>Nếu câu trả lời là CÓ, xin hãy nêu chi tiết (Công ty bảo hiểm, từ chối/chấp nhận bảo hiểm với điều khoản bổ sung đặc biệt, lý do...)</p> <p>..... </p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
THỜI HẠN BẢO HIỂM (12 tháng kể từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm): Từ ngày / / đến ngày / /	

NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM
Họ và tên:Số CMND/CCCD/ Hộ chiếu:Ngày sinh: Quan hệ với NĐBH:Địa chỉ:

Ghi chú:

.....

NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM
Họ và tên:Số CMND/CCCD/ Hộ chiếu:Ngày sinh: Quan hệ với NĐBH:Địa chỉ:

CAM KẾT
<p>1. Tôi/chúng tôi cam đoan rằng hiện tại tôi/chúng tôi hoàn toàn khỏe mạnh; không bị bệnh thần kinh, tâm thần, phong; không trong thời gian điều trị bệnh tật, thương tật; không bị thương tật/tàn tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.</p> <p>2. Tôi/chúng tôi xác nhận rằng các thông tin nêu trên là đầy đủ và xác thực theo sự hiểu biết cao nhất của tôi/chúng tôi và sẽ thông báo ngay cho Bảo Việt về bất kỳ sự thay đổi nào có liên quan. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này cùng với việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm sẽ làm cơ sở cho Hợp đồng bảo hiểm giữa tôi/chúng tôi và Bảo Việt và chấp nhận các điều kiện bảo hiểm quy định tại Hợp đồng bảo hiểm.</p> <p>3. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng, trường hợp tôi/chúng tôi không thực hiện trách nhiệm khai báo trung thực và đầy đủ mọi thông tin, Bảo Việt có toàn quyền giảm trách nhiệm một phần hoặc toàn bộ đối với khiếu nại bồi thường của Hợp đồng này. Nếu việc không khai báo nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm, Bảo Việt có quyền hủy/vô hiệu hóa Hợp đồng bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực.</p> <p>* Yêu cầu kê khai đầy đủ tất cả các nội dung trong GYCBH</p>

....., Ngày ... tháng ... năm

Phần dành cho cán bộ khai thác Bảo Việt:

Người yêu cầu bảo hiểm (ký và ghi rõ họ tên)	Người được bảo hiểm (ký và ghi rõ họ tên theo thứ tự)	Chấp nhận bảo hiểm <input type="checkbox"/>	Từ chối nhận bảo hiểm <input type="checkbox"/>
		Ghi chú:	
		Thông tin về Đại lý	
	1	Tên Đại lý:	
	2	Công ty Bảo hiểm:	
	3	Mã Đại lý:	
	4	Chữ ký:	
	5		

