

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM 37 BỆNH/TÌNH TRẠNG HIỂM NGHÈO

Số:.....

(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.
- 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 yêu cầu bảo hiểm phải do Người yêu cầu bảo hiểm kê khai đầy đủ và trung thực toàn bộ nội dung và ký xác nhận.

I. THÔNG TIN VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)

Họ và tên: Ngày tháng năm sinh: / /

Số CMND (Hộ chiếu): Điện thoại:

..... Email:

Địa chỉ:

II. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH)

Stt	Họ tên NDBH	Giới tính	Ngày sinh	Số CMND/ Hộ chiếu	Quan hệ với BMBH	Nghề nghiệp	Thu nhập hàng năm (vnd)
1							
2							
3							
4							
5							

III. QUYỀN LỢI VÀ PHÍ BẢO HIỂM

Stt	Họ tên NDBH	Số tiền bảo hiểm	Phí bảo hiểm
1			
2			
3			
4			
5			

THỜI HẠN BẢO HIỂM: Từ/...../..... đến/...../.....

IV. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ

1) Có NDBH nào kê trên đã từng hút thuốc trong vòng 12 tháng gần đây không? Nếu có, vui lòng ghi rõ số lượng điều thuốc hút/ một ngày và số năm đã hút thuốc vào phần trả lời phía dưới.

CÓ

KHÔNG

2) Có NĐBH nào kể trên có uống rượu, bia hoặc bất cứ chất có cồn nào không? Nếu có, vui lòng ghi rõ loại và lượng tiêu thụ trung bình/ một tuần vào phần trả lời phía dưới.

CÓ

KHÔNG

3) Có NĐBH nào kể trên đã từng tham gia hoặc có ý định tham gia vào bất kỳ chuyến bay nào mà không phải với tư cách là hành khách mua vé trên một hãng hàng không thương mại, hay tham gia hoạt động thể thao, cuộc đua, hoạt động kinh doanh hoặc nghề nghiệp có tính chất nguy hiểm không? Nếu có, vui lòng kê khai vào phần trả lời phía dưới.

CÓ

KHÔNG

4) Có NĐBH nào kể trên đã từng hay đã được khuyến cáo điều trị hay phẫu thuật, hay nhập viện điều trị nhiều hơn 05 ngày trong vòng 06 tháng gần đây không? Nếu có, vui lòng kê khai vào phần trả lời phía dưới.

CÓ

KHÔNG

5) Đối với các bệnh/triệu chứng liệt kê sau đây, có NĐBH nào kể trên có đang điều trị hoặc cân nhắc điều trị bằng bất kỳ hình thức nào, hoặc đang hay đã từng mắc: khối u, ung thư, bệnh Hodgkin, ung thư hạch, u não hoặc tủy sống, tiểu đường, rối loạn lipid máu hoặc bệnh tim (bao gồm rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp, đau tim, đau ngực, dị tật tim bẩm sinh hoặc phẫu thuật tim), tê liệt, liệt, mất cảm giác, co giật, ngất xỉu, bất kỳ hình thức vô cảm với cơn đau nào, đột quỵ, xuất huyết não hoặc chấn thương não, rối loạn hệ thống thần kinh trung ương, động kinh, bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer, mất trí nhớ hoặc bại não, bệnh và chứng rối loạn của tim hay mạch máu, rối loạn máu hoặc thiếu máu, bệnh tâm thần, trầm cảm, lo lắng hoặc suy nhược thần kinh, AIDS hoặc bất kỳ hội chứng nào liên quan đến AIDS, rối loạn hô hấp, bệnh rối loạn của mắt hoặc tai, bệnh khớp, viêm khớp, đau lưng hoặc cổ, rối loạn hệ tiêu hóa, bệnh tuyến giáp, bệnh về gan, bệnh của thận, bàng quang hoặc hệ thống tiết niệu? Nếu có, vui lòng kê khai vào phần trả lời phía dưới.

CÓ

KHÔNG

6) Có NĐBH nào kể trên có đang điều trị hoặc cân nhắc điều trị bằng bất kỳ hình thức nào, hoặc đang hay đã từng mắc bất cứ bệnh/triệu chứng/phẫu thuật/tai nạn/thương tật nào chưa được liệt kê ở trên? Nếu có, vui lòng kê khai vào phần trả lời phía dưới.

CÓ

KHÔNG

7) Có NĐBH nào kể trên có đang dự định hoặc đang thực hiện việc kiểm tra sức khỏe, xét nghiệm, kiểm tra chuyên sâu hoặc điều trị nào không? Nếu có, vui lòng kê khai vào phần trả lời phía dưới.

CÓ

KHÔNG

8) Có NĐBH kể trên đã từng có yêu cầu bồi thường bảo hiểm hay tái tục bị tri hoãn hoặc từ chối, hoặc đồng ý với điều kiện tăng phí và/hoặc áp dụng các điều khoản loại trừ vì lý do sức khỏe hay không?

CÓ

KHÔNG

Nếu bất kỳ câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, xin hãy nêu chi tiết (đối với câu hỏi từ 4-8 cần nêu tên bệnh/thương tật, thời điểm chẩn đoán, phương pháp điều trị, tình trạng hiện tại, tên và địa chỉ của bác sĩ điều trị/cơ sở điều trị)

Họ tên NĐBH	Câu trả lời "CÓ" (Chọn từ 1 đến 8)	Mô tả chi tiết

5. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM

(Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong)

Họ và tên:

Số CMND (Hộ chiếu/Số GKS):

Quan hệ với NĐBH:

Điện thoại:

Email:

Địa chỉ:

6. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM

(Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm chỉ định người khác nhận thay tiền bồi thường)

Họ và tên:

Số CMND (Hộ chiếu):

Quan hệ với NDBH:

Điện thoại:

Email:

Địa chỉ:

Cam kết của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm

Tôi/Chúng tôi cam đoan rằng hiện tại Tôi/Chúng tôi hoàn toàn khỏe mạnh cả về thể chất và tinh thần. Tôi/Chúng tôi cam đoan rằng tất cả những lời khai trên là đúng, nếu không Bảo hiểm Bảo Việt có quyền từ chối một phần hay toàn bộ trách nhiệm bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này. Tôi/Chúng tôi đồng ý sẽ thông báo cho Bảo hiểm Bảo Việt về bất kỳ sự thay đổi nào và đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm sẽ là cơ sở của Hợp đồng giữa Tôi/Chúng tôi và Bảo hiểm Bảo Việt. Tôi/Chúng tôi chấp nhận tất cả các điều khoản mà Bảo hiểm Bảo Việt quy định trong Quy tắc bảo hiểm và sẽ nộp phí bảo hiểm đúng quy định.

....., 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:	
	1		Thông tin về Đại lý	
	2		Tên Đại lý:	Mã Đại lý:
	3		Công ty BH:	
	4		Chữ ký:	
	5			