

PHỤ LỤC 2

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM

SẢN PHẨM BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN (HEALTH CARE)
 BẢO HIỂM GỐC: TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BIDV

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ tên: Số CMND:

Ngày tháng năm sinh: Giới tính :

Địa chỉ:

Di động: Email:

Hình thức Cấp mới Tái tục.(Ghi rõ số đơn đã tham gia bảo hiểm.....)

I. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM THỨ 1 (NĐBH)

Họ tên NĐBH	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Số CMND/ Hộ chiếu	Nghề nghiệp	Mối quan hệ với người yêu cầu bảo hiểm

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM LỰA CHỌN

Quyền lợi cơ bản

Chương trình A Chương trình B Chương trình C Chương trình D

Quyền lợi bổ sung

Bổ sung thai sản Bổ sung nha khoa

KÊ KHAI TRÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

1. Bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc bệnh bẩm sinh, khuyết tật hay thương tật nào không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình phải điều trị, nằm viện, hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác? Hoặc ở trong tình trạng cần phải điều trị trong bệnh viện trong vòng 12 tháng tới?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc hoặc điều trị một hay nhiều trong các chứng bệnh sau: bệnh lao, tiểu đường, thấp khớp, viêm gan, rối loạn chức năng hô hấp, phổi bệnh tim, giãn tĩnh mạch, rối loạn đường ruột, bệnh gan, mật, thận, hệ thống sinh dục tiết niệu hoặc các bệnh lây qua đường tình dục, ung thư hoặc u bướu, chứng thần kinh, tâm thần, xương, tủy khớp, dây chằng, cơ, da, chứng thoát vị hoặc bệnh phụ khoa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Bạn đã bao giờ bị một công ty bảo hiểm từ chối bảo hiểm hoặc từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

- Nếu câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, xin hãy nêu chi tiết:

.....

CÔNG TY CỔ PHẦN DỊCH VỤ VIETLIFE

VPHN: Tầng 5, Tòa nhà H&N, Đ. Hoàng Quốc Việt, Q. Cầu Giấy, Hà Nội
 T: (+84) 4 3791 8661 | F: (+84) 4 3791 8662

E: info@vietlife.com.vn
 W: www.vietlife.com.vn
 H: 1900 56 56 38

VPHCM: Lầu 2, Cao Ốc Đỗ Trần, Số 2A, Đ. Nguyễn Thị Minh Khai, Q.1, TP. Hồ Chí Minh
 T: (+84) 8 3911 2261 | F: (+84) 8 3911 2260

- Tên và địa chỉ liên hệ của bác sĩ riêng (nếu có)

- Bạn đã từng tham gia bảo hiểm sức khỏe tại Công ty bảo hiểm nào chưa? Nếu có vui lòng ghi rõ tên Công ty Bảo hiểm?

KÊ KHAI TRÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

1. Bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc bệnh bẩm sinh, khuyết tật hay thương tật nào không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình phải điều trị, nằm viện, hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác? Hoặc ở trong tình trạng cần phải điều trị trong bệnh viện trong vòng 12 tháng tới?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc hoặc điều trị một hay nhiều trong các chứng bệnh sau: bệnh lao, tiểu đường, thấp khớp, viêm gan, rối loạn chức năng hô hấp, phổi bệnh tim, giãn tĩnh mạch, rối loạn đường ruột, bệnh gan, mật, thận, hệ thống sinh dục tiết niệu hoặc các bệnh lây qua đường tình dục, ung thư hoặc u bướu, chứng thần kinh, tâm thần, xương, tủy khớp, dây chằng, cơ, da, chứng thoát vị hoặc bệnh phụ khoa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Bạn đã bao giờ bị một công ty bảo hiểm từ chối bảo hiểm hoặc từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

- Nếu câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, xin hãy nêu chi tiết:

- Tên và địa chỉ liên hệ của bác sĩ riêng (nếu có)

- Bạn đã từng tham gia bảo hiểm sức khỏe tại Công ty bảo hiểm nào chưa? Nếu có vui lòng ghi rõ tên Công ty Bảo hiểm?

CAM KẾT CỦA NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

- Tôi cam đoan rằng hiện tại tôi hoàn toàn khỏe mạnh, không bị bệnh thần kinh, tâm thần, không trong thời gian điều trị thương tật hoặc bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
- 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. 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 BIC và chấp nhận các điều kiện bảo hiểm quy định tại hợp đồng bảo hiểm. Tôi thừa nhận rằng, trong trường hợp có bất kỳ sai sót, không đúng sự thật nào trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này có thể làm mất hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

Ngày..... tháng năm 201..

NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

CÔNG TY CỔ PHẦN DỊCH VỤ VIETLIFE

VPHN: Tầng 5, Tòa nhà H&N, Đ. Hoàng Quốc Việt, Q. Cầu Giấy, Hà Nội
T: (+84) 4 3791 8661 | F: (+84) 4 3791 8662

E: info@vietlife.com.vn
W: www.vietlife.com.vn
H: 1900 56 56 38

VPHCM: Lầu 2, Cao Ốc Đỗ Trần, Số 2A, Đ. Nguyễn Thị Minh Khai, Q.1, TP. Hồ Chí Minh
T: (+84) 8 3911 2261 | F: (+84) 8 3911 2260