

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM “BẢO VIỆT AN GIA”

Giấy yêu cầu bảo hiểm (GYCBH) này là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Đề nghị đọc kỹ các yêu cầu dưới đây và điền đầy đủ thông tin GYCBH. Việc kê khai thông tin trong GYCBH này sẽ được áp dụng/ làm căn cứ để thực hiện quyền và nghĩa vụ của các bên trong tất cả các hợp đồng bảo hiểm nếu NĐBH vẫn tái tục hợp đồng bảo hiểm tại Bảo hiểm Bảo Việt các năm tiếp theo.

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (NYCBH)

Họ và tên: _____ Số CMND/ Hộ chiếu: _____ Ngày 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 CMND/CCCD/Hộ chiếu (Số CMND trẻ em = “Số CMND của bố/mẹ”. “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 thứ tự)				
		1	2	3	4	5
ĐIỀU KHOẢN CHÍNH – NỘI TRÚ (Trẻ em < 9 tuổi tham gia cùng bố/mẹ phải tham gia chương trình thấp hơn hoặc tương đương bố/mẹ)	Chương trình (tên chương trình)					
	Phí bảo hiểm [1]					
ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG (Cùng chương trình với Điều khoản chính)						
- Ngoại trú	Chọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phí bảo hiểm [2]					
- Tai nạn	STBH/ng/vụ					
	Phí bảo hiểm [3]					
- Sinh mạng	STBH/ng/vụ					
	Phí bảo hiểm [4]					
- Nha khoa (Áp dụng với NĐBH ≥ 1 tuổi)	Chọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phí bảo hiểm [5]					
- Thai sản (Áp dụng với NĐBH là nữ giới, độ tuổi từ 18 đến 45 và tham gia chương trình Bạch Kim/Kim Cương)	Chọn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phí bảo hiểm [6]					
A. PHÍ BẢO HIỂM [7=1+2+3+4+5+6] (Theo biểu phí)						
B. ĐIỀU CHỈNH PHÍ						
- Giảm phí chung	Tỷ lệ [8]					
	Số tiền [9=7*8]					
- Tăng phí chung	Tỷ lệ [10]					
	Số tiền [11=7*10]					
- Giảm phí Nội, Ngoại trú khi áp dụng đồng chi trả (Không áp dụng với Trẻ em ≤ 3 tuổi)	Mức đồng chi trả					
	Tỷ lệ [12]					
	Số tiền [13=(1+2)*12]					
C. PHÍ BẢO HIỂM [14=7-9+11-13] (Sau điều chỉnh)						
D. TỔNG PHÍ BẢO HIỂM PHẢI THU (Phải thu theo GYCBH)						

KÊ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE	
1. Người được bảo hiểm kê khai trên đã từng phải điều trị, nằm viện hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác trong vòng 3 năm gần đây không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Người được bảo hiểm có đang được theo dõi hoặc điều trị thương tật, bệnh hoặc có triệu chứng sức khỏe không ổn định hoặc cần phải điều trị trong vòng 12 tháng tới không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Trong 3 năm qua, Người được bảo hiểm có mắc hay điều trị một hay nhiều triệu chứng các 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 phổi, suy hô hấp mãn tính; Mạch máu não, đột quỵ (xuất huyết não/xơ cứng động mạch); Nhồi máu cơ tim; Xơ gan; Suy thận, teo thận, sỏi thận cả 2 bên; Chạy thận nhân tạo; U ác, U xơ tiền liệt; U thượng thận trái (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 sinh dục, giang mai, lậu, hội chứng suy giảm miễn dịch; Bệnh bẩm sinh, di truyền, dị dạng về gen; Down không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu bất kỳ câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, xin hãy nêu chi tiết (Họ tên Người được bảo hiểm, tên bệnh, thời điểm chẩn đoán bệnh, phương pháp điều trị, tình trạng hiện tại, cơ sở điều trị):	

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/ 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/ Hộ chiếu: Ngày sinh:

Quan hệ với NĐBH: Địa chỉ:

CAM KẾT

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 vĩnh viễn từ 50% trở lên.

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.

3. Tôi/chúng tôi thừa nhận rằng, trường hợp tôi/chúng tôi không thực hiện đầy đủ trách nhiệm khai báo mọi thông tin, Bảo Việt có toàn quyền giảm trách nhiệm một phần hoặc toàn bộ đối với khiếu nại 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.

....., Ngày ... tháng ... năm 2021

Phần dành cho cán bộ khai thác Bảo Việt:

Tôi cam kết đã tư vấn, hướng dẫn khách hàng đầy đủ những nội dung trong GYCBH. Khách hàng đã hiểu rõ, tự kê khai và ký xác nhận vào GYCBH này.

Chấp nhận bảo hiểm Từ chối nhận bảo hiểm

Ghi chú:

Người yêu cầu bảo hiểm (ký và ghi rõ họ tên)	Người được bảo hiểm (ký và ghi rõ họ tên theo thứ tự)	Thông tin về Đại lý	
	1	Tên Đại lý: 1162913 Công ty BH: BV Mỹ Đình Mã Đại lý: Chữ ký:	
	2		
	3		
	4		
	5		