

(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 (YCBH).
- 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 YCBH phải do Người yêu cầu bảo hiểm/NĐBH kê khai và ký xác nhận.
- Khai báo các thông tin trên trước khi mở rộng, thay đổi hay tái lập một Hợp đồng bảo hiểm.
- Trường hợp không thực hiện đầy đủ trách nhiệm khai báo mọi thông tin, Công ty bảo hiểm 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, Công ty bảo hiểm có quyền hủy/vô hiệu hóa hợp đồng bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực.

1. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ và tên	.....	Ngày tháng năm sinh/...../.....
Số CMND (hoặc hộ chiếu)	.....	Điện thoại	.....
		Email	.....
Địa chỉ thường trú	.....	
Địa chỉ nhận thư	.....	

2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên	.....	Ngày tháng năm sinh/...../.....
Quan hệ với người YCBH	.....	Số CMND (hộ chiếu)	.....
		Số CMND của trẻ em = "Số CMND của bố/mẹ". "con thứ mấy"	.....
Nghề nghiệp	.....	Số Giấy Khai sinh	.....
Giới tính	Nam/Nữ		
Địa chỉ thường trú	.....	

3. LỰA CHỌN ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM (TÍCH VÀO QUYỀN LỢI LỰA CHỌN)

ĐIỀU KHOẢN CHÍNH - ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ DO ỐM BỆNH, TAI NẠN (lựa chọn 1 chương trình)

Chương trình Đồng Chương trình Bạc Chương trình Vàng Chương trình Bạch kim Chương trình Kim cương

ĐIỀU KHOẢN BỔ SUNG (lựa chọn 1 hoặc nhiều điều khoản bổ sung cùng chương trình với điều khoản chính)

Điều trị ngoại trú do ốm bệnh/tai nạn <input type="checkbox"/>	Bảo hiểm Tai nạn cá nhân <input type="checkbox"/>	Bảo hiểm Sinh mạng <input type="checkbox"/>	Bảo hiểm Nha khoa <input type="checkbox"/>	Bảo hiểm Thai sản <input type="checkbox"/>
Số tiền bảo hiểm:	Số tiền bảo hiểm:	Số tiền bảo hiểm:	Số tiền bảo hiểm:	Số tiền bảo hiểm:

THỜI HẠN BẢO HIỂM Từ...../...../20..... đến...../...../20.....

4. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

a) 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?

CÓ KHÔNG

b) 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 bệnh viện trong vòng 12 tháng tới không?

CÓ KHÔNG

c) Trong 3 năm qua, Người được bảo hiểm có mắc hay điều trị một hay nhiều triệu chứng các bệnh sau: ung thư, u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, lao, đục nhân mắt, viêm xoang, tiểu đường, thoát vị đĩa đệm hay các bệnh khác không?

CÓ KHÔNG

Nếu trả lời là "CÓ" cho bất kì câu hỏi nào từ (a) tới (c), xin cung cấp thêm chi tiết:

Ngày điều trị	Chẩn đoán	Chi tiết điều trị	Kết quả	Tên, địa chỉ bác sĩ/bệnh viện
...../...../.....
...../...../.....
...../...../.....

d) Người được bảo hiểm hiện có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe trong vòng 5 năm gần đây không?

CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin hợp đồng có hiệu lực gần nhất trong bảng sau:

Số Hợp đồng hoặc GCNBH	Công ty bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày hết hạn	Số tiền bảo hiểm
..... / / / /

e) Người được bảo hiểm đã từng yêu cầu bồi thường bảo hiểm y tế, tai nạn con người tại Bảo Việt chưa?

CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:

Ngày yêu cầu bồi thường	Công ty bảo hiểm	Mô tả ngắn gọn lý do yêu cầu bồi thường	Số tiền yêu cầu bồi thường
..... / /
..... / /

f) Người được bảo hiểm đã từng bị khước từ nhận bảo hiểm sức khỏe hoặc được chấp nhận nhưng với điều kiện áp dụng các điều khoản bổ sung đặc biệt khác chưa?

CÓ KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:

Công ty bảo hiểm	Bị khước từ nhận bảo hiểm	Chấp nhận bảo hiểm với điều khoản đặc biệt được áp dụng	Lý do điều chỉnh
.....
.....

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)	.....
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 NĐBH	.....	Điện thoại	.....
		Email	.....
Địa chỉ	.....	

Cam kết của Người yêu cầu bảo hiểm

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

Phần dành riêng cho Đại lý bảo hiểm/ Cán bộ khai thác

Chấp nhận bảo hiểm Từ chối nhận bảo hiểm

Lý do:
.....
.....

....., ngày tháng năm

Người yêu cầu bảo hiểm **Người được bảo hiểm**
(ký và ghi rõ họ tên) (ký và ghi rõ họ tên)

Đại lý/ Cán bộ khai thác
(ký ghi rõ họ tên)