

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM “BẢO VIỆT AN GIA”

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

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (NYCBH)

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

Ngày tháng năm sinh: _____ Địa chỉ: _____

Điện thoại di động: _____ Email: _____

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)

Số TT	Họ tên NĐBH	Giới tính	Ngày sinh	Số CMND / 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 (Ghi tên chương trình – Trẻ em < 18 tuổi tham gia cùng bố/mẹ phải tham gia chương trình thấp hơn hoặc tương đương bố/mẹ)	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 trong 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	Mức đồng chi trả					

(Do đồng chi trả - Trẻ em ≤ 3 tuổi bắt buộc áp dụng đồng chi trả 70/30 tại bệnh viện tư/quốc tế, khoa điều trị tự nguyện/theo yêu cầu tại bệnh viện công)	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. Trong 03 năm qua, bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình 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 không? 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
2. Trong 03 năm qua, bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã mắc hoặc điều trị một hay nhiều trong 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 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 tử; 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?	<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 và tên Người được bảo hiểm, tên bệnh, thời điểm chẩn đoán bệnh, phương pháp điều trị, tình trạng hiện tại, cơ sở điều trị)	
3. Bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình đã từng được Bảo Việt giải quyết bồi thường theo một Hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự; hoặc bị Bảo Việt/Công ty bảo hiểm khác 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
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...)	

THỜI HẠN BẢO HIỂM (12 tháng kể từ Ngày bắt đầu hiệu lực bảo hiểm)

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

Ghi chú:

.....

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

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.	
* Yêu cầu kê khai đầy đủ tất cả các nội dung trong mẫu GYTBH	

....., 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	Mã Đại lý:	
	3	Công ty BH:	
	4	Chữ ký:	

