

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE BẢO VIỆT TÂM AN

Mã xác thực (bắt buộc)*: B T A

GYCBH này là một bộ phận không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm. Đề nghị Quý khách đọc kỹ các yêu cầu dưới đây trước khi điền vào GYCBH.

I. THÔNG TIN VỀ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM NHÂN THỌ KÊ KHAI VÀ ĐÁNH DẤU (X) VÀO Ô THÍCH HỢP DƯỚI ĐÂY:

1. Số HĐBH Nhân thọ: hoặc Số GYCBH nếu chưa có HĐBH nhân thọ
2. Thời hạn bảo hiểm: từ / / đến / / 3. Bảo Việt Nhân thọ:
4. Tên sản phẩm An Phát Trọn Đời An Phát Hưng Gia An Tâm Học Vấn An Phát Bảo Gia An Phúc Gia Lộc
UVL tham gia: (sản phẩm khác)

Các thông tin kê khai kể từ Phần II là yêu cầu bảo hiểm cho sản phẩm Bảo Việt Tâm An.

II. THÔNG TIN VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM (ĐỒNG THỜI LÀ BÊN MUA BẢO HIỂM TRÊN HỢP ĐỒNG NHÂN THỌ UVL):

1. Họ và tên (ghi bằng chữ in hoa, bỏ cách 1 ô trống giữa các cụm chữ)

2. Giới tính Nam Nữ 3. Ngày sinh: / /
4. CMND Hộ chiếu Thẻ CCCD
Số: Ngày cấp: / / Nơi cấp:
5. Địa chỉ:
Số nhà, Đường: Quận/Huyện:
Phường/Xã: Thành Phố/Tỉnh:
6. Điện thoại di động: bắt buộc 7. Email: nếu có

III. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH) KÊ KHAI VÀ ĐÁNH DẤU (X) VÀO Ô THÍCH HỢP DƯỚI ĐÂY:

Trường hợp NDBH chính là BMBH được kê khai tại Phần II, Quý khách chỉ cần đánh dấu (X) vào ô "Bản thân" tại mục 5 và bỏ qua phần kê khai các thông tin còn lại.

NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM SỐ 01

1. Họ và tên (ghi bằng chữ in hoa, bỏ cách 1 ô trống giữa các cụm chữ)

2. Giới tính Nam Nữ 3. Ngày sinh: / /
4. CMND Hộ chiếu CCCD Giấy khai sinh
Số: Ngày cấp: / / Nơi cấp:
5. Quan hệ của NDBH với BMBH
Đối với NDBH từ 18 tuổi trở lên Bản thân Vợ/chồng hợp pháp
 Bố/Mẹ Con (đối với NDBH là người phụ thuộc)
Đối với NDBH dưới 18 tuổi Con Người được giám hộ hợp pháp

(*) Mã xác thực được gửi từ hệ thống của Bảo Việt đến số điện thoại đăng ký của Quý khách, ngay sau khi Quý khách nộp đủ phí bảo hiểm và Tư vấn viên báo cấp bảo hiểm theo quy định. Mã xác thực là thông tin bắt buộc phải điền để hoàn tất việc kê khai Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Đề nghị Quý khách kê khai đầy đủ các thông tin, không tẩy xóa khi điền vào GYCBH này.
Chữ ký nháy của Bên mua bảo hiểm:

V. KÊ KHAI TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

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?

Có 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 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?

Có 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?

Có 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...)

VI. HIỆU LỰC BẢO HIỂM

Bảo hiểm có hiệu lực kể từ 08 giờ 00 phút ngày kế tiếp ngày Bên mua bảo hiểm nộp đủ phí bảo hiểm và nhận được tin nhắn xác nhận từ hệ thống của Bảo hiểm Bảo Việt.

VII. THỜI HẠN BẢO HIỂM (12 THÁNG KỂ TỪ NGÀY BẮT ĐẦU HIỆU LỰC BẢO HIỂM)

(*) Mã xác thực được gửi từ hệ thống của Bảo Việt đến số điện thoại đăng ký của Quý khách, ngay sau khi Quý khách nộp đủ phí bảo hiểm và Tư vấn viên báo cấp bảo hiểm theo quy định. Mã xác thực là thông tin bắt buộc phải điền để hoàn tất việc kê khai Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Đề nghị Quý khách kê khai đầy đủ các thông tin, không tẩy xóa khi điền vào GYCBH này.
Chữ ký nháy của Bên mua bảo hiểm:

VIII. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM KÊ KHAI VÀO Ô THÍCH HỢP DƯỚI ĐÂY:

STT	NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM	NGƯỜI THỤ HƯỞNG (áp dụng trong trường hợp NĐBH tử vong)	NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM (áp dụng trong trường hợp NĐBH chỉ định người khác nhận thay tiền bồi thường)
1		Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Tỷ lệ hưởng (%): ____ Quan hệ với NĐBH: _____	Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Quan hệ với NĐBH: _____
2		Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Tỷ lệ hưởng (%): ____ Quan hệ với NĐBH: _____	Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Quan hệ với NĐBH: _____
3		Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Tỷ lệ hưởng (%): ____ Quan hệ với NĐBH: _____	Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Quan hệ với NĐBH: _____
4		Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Tỷ lệ hưởng (%): ____ Quan hệ với NĐBH: _____	Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Quan hệ với NĐBH: _____
5		Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Tỷ lệ hưởng (%): ____ Quan hệ với NĐBH: _____	Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Quan hệ với NĐBH: _____
6		Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Tỷ lệ hưởng (%): ____ Quan hệ với NĐBH: _____	Họ và tên: _____ Số CMND/Hộ chiếu/CCCD/GKS: _____ Ngày cấp: _____ Nơi cấp: _____ Địa chỉ: _____ Quan hệ với NĐBH: _____

(*) Mã xác thực được gửi từ hệ thống của Bảo Việt đến số điện thoại đăng ký của Quý khách, ngay sau khi Quý khách nộp đủ phí bảo hiểm và Tư vấn viên báo cấp bảo hiểm theo quy định. Mã xác thực là thông tin bắt buộc phải điền để hoàn tất việc kê khai Giấy yêu cầu bảo hiểm.
Đề nghị Quý khách kê khai đầy đủ các thông tin, không tẩy xóa khi điền vào GYCBH này.
Chữ ký nháy của Bên mua bảo hiểm:

IX. THÔNG TIN PHƯƠNG THỨC HOÀN PHÍ Chọn 1 trong 2 hình thức dưới đây:

(Trong trường hợp Bảo Việt Nhân thọ từ chối bảo hiểm cho Quý khách đối với yêu cầu bảo hiểm Nhân thọ khai báo tại Phần I, Bảo hiểm Bảo Việt sẽ hoàn trả toàn bộ phí bảo hiểm của thời gian còn lại đã đóng phí / hoặc trong các trường hợp hoàn phí khác, nếu có)

<input type="checkbox"/> Nhận tiền tại Công ty	Người nhận tiền:	<input type="text"/>		
	Số CMND/Hộ chiếu/CCCD:	<input type="text"/>	Điện thoại:	<input type="text"/>
	Ngày cấp:	<input type="text"/>	Nơi cấp:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Chuyển khoản	Chủ tài khoản:	<input type="text"/>	Số tài khoản:	<input type="text"/>
	Ngân hàng:	<input type="text"/>	Chi nhánh:	<input type="text"/>

CAM KẾT

- 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.
- 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.
- 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 _____

Phần dành cho cán bộ khai thác Bảo Việt:

Chấp nhận bảo hiểm Từ chối nhận bảo hiểm
Ghi chú: _____

Thông tin về Tư vấn viên

Bên mua bảo hiểm <i>(ký và ghi rõ họ tên)</i>	Người được bảo hiểm <i>(ký và ghi rõ họ tên theo thứ tự)</i>	
	1	<input type="text"/>
	2	<input type="text"/>
	3	<input type="text"/>
	4	<input type="text"/>
	5	<input type="text"/>
	6	<input type="text"/>

Tên TVV:	Mã TVV:
Nhóm:	Ban:
BVNT:	Chữ ký:
Số BNPBH:	