GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM
BẢO VIỆT INTERCARE

Giấy yêu cầu bảo hiểm (GYCBH) này là một bộ phận cấu thành không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm, vui lòng đọc kỹ các yêu cầu dưới đây và điền đầy đủ thông tin. Việc kê khai thông tin trong GYCBH này sẽ là căn cứ để thực hiện quyền và nghĩa vụ của các bên trong tất cả các hợp đồng bảo hiểm (bao gồm hợp đồng được cấp theo GYCBH này và các hợp đồng tái tục tiếp theo, trừ các thông tin được kê khai lại khi tái tục).

Xin lưu ý, việc Quý khách hàng ký vào GYCBH là bằng chứng xác nhận việc Quý khách hàng đã hiểu rõ và đồng ý với tất cả các nội dung được quy định trong GYCBH và bộ tài liệu sản phẩm.

PHẦN DÀNH CHO BÊN MUA BẢO HIỂM VÀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. THÔNG TIN BÊN MUA/NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM (BMBH)

Họ và tên: _____ CCCD/Hộ chiếu/MST: _____

Ngày sinh: _____ Số điện thoại: _____ Email: _____

Địa chỉ: _____

2. THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)

STT	Họ và tên	Giới tính	Ngày sinh	CCCD/Hộ chiếu	Quan hệ với BMBH
1					
2					
3					
4					
5					

3. THỜI HẠN BẢO HIỂM:

từ ngày: ____/____/____ **đến ngày:** ____/____/____

Đơn vị tính: Việt Nam đồng

4. THÔNG TIN BẢO HIỂM

QUYỀN LỢI BẢO HIỂM		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM *(Theo STT trong danh sách NĐBH)*				
		1	2	3	4	5
QUYỀN LỢI CHÍNH: Điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn	Chương trình					
QUYỀN LỢI BỔ SUNG (Tùy chọn):						
1. Điều trị ngoại trú do ốm bệnh /tai nạn (OP)	Chương trình					
2. Thai sản và Sinh đẻ (MA)	Chương trình					
3. Bảo hiểm Nha khoa (DC)	Chương trình					
4. Bảo hiểm Tai nạn cá nhân (PA)	Chương trình					
	Số tiền bảo hiểm					
5. Bảo hiểm sinh mạng (TL)	Chương trình					
	Số tiền bảo hiểm					
6. Bảo hiểm hỗ trợ du học sinh (OSP)	Chương trình					

Ghi chú: Nếu tham gia quyền lợi bổ sung số 6, vui lòng cung cấp thêm cho Bảo Việt thông tin sau:

Khóa học và Tên trường học tại nước ngoài của NĐBH: .....

Địa chỉ trường: .....

Thông tin về người bảo trợ:

Họ và tên: _____ Giới tính: _____

Ngày sinh: _____ CCCD/Hộ chiếu: _____

Mối quan hệ với Học sinh/Sinh viên: _____

5. KÊ KHAI VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

1	Trong 03 năm qua, có NĐBH nào liệt kê ở trên đã từng đi khám/tư vấn y tế/được chỉ định điều trị/điều trị (*) tại phòng khám/bệnh viện/viện điều dưỡng/tổ chức y tế hoặc các tổ chức tương tự? *(*) đi khám/được chỉ định điều trị/điều trị cho các bệnh/tình trạng sau có thể không cần kê khai, bao gồm: rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy cấp, táo bón, ngộ độc thức ăn, cảm lạnh, cúm, sốt virus, viêm tai ngoài, viêm mũi/họng cấp, viêm đường hô hấp trên (không bao gồm: viêm xoang/viêm amidan/viêm VA/viêm tai giữa và các bệnh mãn tính), bệnh tay chân miệng, thủy đậu, viêm kết mạc, lẹo/chắp ở mắt, dị ứng, khám thai, ngừa thai, phẫu thuật cắt ruột thừa, sinh con, điều trị răng, viêm lợi, tiêm chủng, chấn thương đã khỏi hoàn toàn và không cần theo dõi hoặc điều trị tiếp.*	☐ Có ☐ Không
2	Có NĐBH nào liệt kê ở trên đang được theo dõi hoặc điều trị thương tật, bệnh hoặc có triệu chứng sức khỏe không ổn định hoặc được chỉ định phải điều trị trong vòng 12 tháng tới không?	☐ Có ☐ Không
3	Trong ba (03) năm qua, có NĐBH nào liệt kê ở trên đã mắc và/hoặc điều trị một hay nhiều 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; đái tháo đường; suy phổi, tràn khí/dịch phổi, suy hô hấp mãn tính; bệnh mạch máu não, đột quỵ (xuất huyết não/xơ cứng động mạch); suy tim, nhồi máu cơ tim, phẫu thuật tim; viêm gan, xơ gan; suy thận, teo thận, sỏi thận, chạy thận nhân tạo; viêm tuỵ; ghép tủy; Lupus ban đỏ; lao các loại; phong; u bướu các loại; ung thư các loại; suy tủy; bạch cầu; các bệnh lây qua đường tình dục, hội chứng suy giảm miễn dịch; bệnh bẩm sinh, bệnh di truyền, dị dạng về gen, khuyết tật cơ thể, down?	☐ Có ☐ Không
4	Có NĐBH nào liệt kê ở trên đã từng được Bảo Việt giải quyết bồi thường theo một Hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự; hoặc bị bất kỳ Công ty bảo hiểm nào 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 bất kỳ câu hỏi nào ở trên được trả lời là CÓ, yêu cầu nêu chi tiết
(Với câu hỏi 1,2,3 nêu rõ họ và tên NĐBH, tên bệnh, thời điểm chẩn đoán bệnh, phương pháp điều trị, tình trạng hiện tại, cơ sở điều trị; Với câu hỏi 4 nêu rõ tên NĐBH, tên công ty bảo hiểm, từ chối/chấp nhận bảo hiểm với điều khoản bổ sung đặc biệt, lý do.)

Họ và tên NĐBH	Mô tả chi tiết

6. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM (Áp dụng trong trường hợp NĐBH tử vong)

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

Quan hệ với NĐBH: _____ Ngày sinh: _____

Ghi chú: _____

7. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM (Áp dụng trong trường hợp NĐBH chỉ định người khác nhận tiền bồi thường)

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

Quan hệ với NĐBH: _____ Ngày sinh: _____

8. HÌNH THỨC CẤP THẺ BẢO LÃNH VIỆN PHÍ ☐ Thẻ cứng ☐ Thẻ điện tử

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/tàn 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 xác nhận đã nhận được bộ tài liệu sản phẩm (bao gồm: Quy tắc bảo hiểm, bảng quyền lợi bảo hiểm,Tài liệu tóm tắt sản phẩm), được tư vấn đầy đủ và đã hiểu các nội dung tại GYCBH, bộ tài liệu sản phẩm. Tôi/Chúng tôi chấp nhận các điều kiện, điều khoản quy định tại Hợp đồng bảo hiểm và đồng ý rằng GYCBH này cùng với việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm sẽ là cơ sở cho Hợp đồng bảo hiểm giữa tôi/chúng tôi và Bảo Việt.
3. Tôi/chúng tôi đồng ý rằng, trường hợp tôi/chúng tôi không thực hiện trách nhiệm khai báo trung thực và đầy đủ mọi thông tin, Bảo Việt có toàn quyền giảm trách nhiệm toàn bộ hoặc một phần (tham khảo phương án giải quyết tại Tài liệu tóm tắt sản phẩm) đối với khiếu nại bồi thường của Hợp đồng bảo hiểm này. Nếu việc không khai báo nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm, Bảo Việt có quyền hủy bỏ Hợp đồng bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực.
4. Tôi/chúng tôi đồng ý với các Điều khoản và Điều kiện chung của Bảo Việt về Bảo vệ và Xử lý Dữ liệu Cá nhân quy định tại website của Bảo Việt *(https://baovietonline.com.vn/vi/chinh-sach-bao-mat-thong-tin.html),* và cho phép Bảo Việt và/hoặc người đại diện của Bảo Việt được quyền: thu thập, xử lý và lưu trữ Dữ liệu cá nhân để thực hiện các quyền và nghĩa vụ quy định trong Hợp đồng bảo hiểm và những công việc có liên quan khác theo quy định của pháp luật; thay mặt Người được bảo hiểm tiếp cận với bên thứ ba bao gồm nhưng không giới hạn ở các nhân viên y tế, bác sỹ để thu thập các thông tin cần thiết trong việc đánh giá tình trạng sức khỏe của Người được bảo hiểm.

PHẦN DÀNH CHO ĐẠI LÝ/CÁN BỘ TƯ VẤN CỦA BẢO VIỆT

Đơn vị tính: VNĐ

BẢNG TÍNH PHÍ BẢO HIỂM		NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM *(Theo STT trong danh sách NĐBH)*				
		1	2	3	4	5
QUYỀN LỢI CHÍNH: Điều trị nội trú do ốm bệnh, tai nạn	[1]					
QUYỀN LỢI BỔ SUNG (Tùy chọn):						
Điều trị ngoại trú do ốm bệnh /tai nạn (OP)	[2]					
Thai sản và Sinh đẻ (MA)	[3]					
Bảo hiểm Nha khoa (DC)	[4]					
Bảo hiểm Tai nạn cá nhân (PA)	[5]					
Bảo hiểm sinh mạng (TL)	[6]					
Bảo hiểm hỗ trợ du học sinh (OSP)	[7]					
TĂNG (+)/GIẢM PHÍ (-)	[8]					
TỔNG PHÍ BẢO HIỂM =[1]+[2]+[3]+[4]+[5]+[6]+[7]+[8]						

_____ ,Ngày ____ tháng____ năm_____
(GYCBH có giá trị để cấp đơn trong vòng 30 ngày kể từ ngày kê khai)

Cam kết của đại lý, cán bộ tư vấn

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.

Ghi chú: _____

_____

Bên mua bảo hiểm	**Người được bảo hiểm** *(ký và ghi rõ họ tên theo thứ tự)*		**Thông tin về Đại lý/ cán bộ tư vấn**	
	1			
	2		Họ tên:	**Chữ ký**
	3		Mã:	
	4		Công ty BV:	
	5			