

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM BỔ SUNG

(Dành cho quy trình thẩm định đầy đủ)

Giấy yêu cầu bảo hiểm số: .....

A. THÔNG TIN CÁ NHÂN

THÔNG TIN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

Họ và tên Người được bảo hiểm bổ sung (chữ in hoa):  
.....

Giới tính:  
☐ Nam    ☐ Nữ

Số Giấy tờ tùy thân: .....

Ngày cấp: .../.../..... Nơi cấp: .....

Ngày sinh: ..... / ..... / .....

Quốc gia nơi sinh: ..... Dân tộc: .....

Quốc tịch: .....

Quốc tịch khác (nếu có): .....

Tình trạng hôn nhân: ☐ Độc thân    ☐ Đã kết hôn    ☐ Góa    ☐ Khác (.....)

Nghề nghiệp: .....

Chi tiết công việc: .....

Nơi làm việc: .....

Thu nhập hàng năm: .....

Địa chỉ thường trú (theo hộ khẩu): .....

Địa chỉ thư điện tử: .....

Số điện thoại liên lạc 1: .....

Mã quốc gia: .....

Số điện thoại liên lạc 2: .....

Mã quốc gia: .....

Quan hệ với Bên mua bảo hiểm: .....

BẢO HIỂM BỔ TRỢ

Sản phẩm	Số tiền bảo hiểm (đồng)	Thời hạn bảo hiểm (năm)
01.		
02.		
03.		
04.		
05.		

**B. THÔNG TIN SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG**

Vui lòng cung cấp thông tin sức khỏe bằng cách trả lời các câu hỏi dưới đây:	Người được bảo hiểm bổ sung	
Người được bảo hiểm: Chiều cao.....(cm)/ Cân nặng:.....(kg)	Có	Không
Đã khi nào Người được bảo hiểm mắc bệnh, được điều trị hay đã đi khám do những bệnh lý dưới đây không?		
1. Bệnh của mắt như suy giảm thị lực, nhìn đôi, đục thể thủy tinh, tăng nhãn áp, cận thị nặng, bệnh lý thị thần kinh, bệnh lý võng mạc? Bệnh lý tai mũi họng như khàn tiếng không rõ nguyên nhân, suy giảm thính lực, điếc, nói khó, viêm tai giữa, bệnh rối loạn tai trong (bệnh Meniere), viêm mũi mạn tính, polyp mũi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bệnh hệ thống tuần hoàn như cao huyết áp, tức ngực, đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực, tiếng thổi ở tim, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, thấp tim, bệnh van tim, suy tim, tai biến mạch máu não, bệnh lý tim bẩm sinh, sốt thấp khớp, giãn động mạch, bệnh tim phổi, loạn nhịp, block, viêm màng tim, bệnh cơ tim, giãn tĩnh mạch, trĩ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bệnh hô hấp như khàn tiếng kéo dài trên 3 tuần, ho kéo dài trên 3 tuần, ho ra máu, khó thở, hen (suyễn), lao, viêm phế quản phổi mãn tính, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD), bệnh khí phế thũng, xơ phổi, tràn dịch màng phổi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bệnh đường tiêu hóa và bệnh gan như nuốt khó, nuốt nghẹn, nôn máu, đi ngoài ra máu, ỉa chảy kéo dài trên 1 tuần, vàng da, cổ chướng, polyp túi mật, loét hoặc xuất huyết dạ dày, thủng dạ dày, polyp ruột, tắc ruột, thoát vị, viêm gan vi rút B hoặc C, viêm gan do rượu, viêm gan mãn, xơ gan, sỏi mật, gan to, lách to, viêm loét đường tiêu hóa, viêm tụy, viêm đại tràng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bệnh thận tiết niệu và hệ sinh dục như đái buốt, đái máu, nước tiểu có albumin, máu hoặc mủ, bí tiểu, phù, sỏi tiết niệu, viêm cầu thận, hội chứng thận hư, suy thận, thận đa nang, sỏi tiết niệu, nhiễm trùng tiết niệu, bệnh tiền liệt tuyến, rối loạn kinh nguyệt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bệnh lý tâm thần kinh và mạch máu não, viêm màng não, viêm não, u não, đột quy não, xuất huyết não, nhồi máu não, thiếu máu não thoáng qua và các bệnh khác của mạch máu não; rối loạn giấc ngủ, đau đầu kéo dài, chóng mặt, co giật, động kinh, liệt, teo cơ, bệnh lý tủy sống, nhược cơ, đa xơ cứng, Parkinson, sa sút trí tuệ (Alzheimer), trầm cảm, tâm thần phân liệt, đau dây thần kinh, viêm dây thần kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Khuyết tật về thể chất bao gồm có hay không có thiếu năng trí tuệ hay mù lòa hay điếc và/hoặc câm, di chứng bại liệt, dị dạng, mất chi, teo cơ, nhược cơ, dị dạng mặt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Đã khi nào Người được bảo hiểm mắc bệnh, được điều trị hay đã đi khám do những bệnh lý dưới đây không	Có	Không
8. Bệnh lý nội tiết và mô liên kết như bệnh tiểu đường, gút, axit uric máu cao, bướu cổ, cường giáp, suy giáp, bệnh lý thượng thận, bệnh lý tuyến yên, lupus ban đỏ, bệnh collagen, bệnh lý miễn dịch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bệnh về máu như xuất huyết dưới da, niêm mạc và lợi không rõ nguyên nhân, thiếu máu, bệnh bạch cầu, bệnh Hemophilia, bệnh Thalassemia, bệnh của lách, các rối loạn đông máu hoặc các bệnh về máu, bẩm sinh hoặc di truyền?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Các loại u lành tính, ác tính, ung thư, các loại u tuyến, polyp, u nang, nốt ruồi, khối, hạch hoặc bệnh lý hệ bạch huyết hay nhiễm độc hóa chất?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bệnh da liễu, bệnh nhiễm trùng hoặc có các triệu chứng kéo dài hơn một tuần trong 6 tháng vừa qua như sứt cân, chán ăn, đổ mồ hôi ban đêm, tiêu chảy, sưng hạch bạch huyết và loét da?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm HIV/AIDS, các tình trạng hoặc phức hợp dấu hiệu liên quan đến AIDS không? Đã bao giờ Người được bảo hiểm đi tư vấn, khám hoặc điều trị bệnh AIDS hoặc thử xét nghiệm HIV không? (Nếu Có, vui lòng cho biết kết quả).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong vòng 5 năm vừa qua, Người được bảo hiểm từng:	Có	Không
13. Thực hiện các xét nghiệm: đo huyết áp, X-quang, điện tâm đồ, siêu âm, nội soi, sinh thiết, thử máu, thử nước tiểu, CT, MRI, sinh thiết hoặc các xét nghiệm khác? Nếu Có, vui lòng cho biết kết quả. ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bị chấn thương, bị phẫu thuật, điều trị nội hoặc ngoại trú tại bệnh viện hoặc trung tâm y khoa hoặc bất kỳ cơ sở y tế tư nhân nào hay tự điều trị bệnh? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết chẩn đoán, điều trị và tiên lượng? ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Yêu cầu bồi thường cho điều trị nội hoặc ngoại trú, do bệnh nan y, do tai nạn, do nằm viện, do thương tật hoặc bất kỳ lý do nào khác? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết? ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tăng hoặc giảm hơn 10% trọng lượng trong vòng 12 tháng qua mà không phải do ăn kiêng, sự ngon miệng hoặc luyện tập? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết. .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trong vòng 5 năm vừa qua, Người được bảo hiểm từng:	Có	Không

17. Hiện nay Người được bảo hiểm có đang dùng thuốc điều trị gì không? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
18. Được truyền máu hoặc được khuyên không nên hiến máu? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
19. Hút thuốc: 19.1. Người được bảo hiểm đã từng bao giờ hút thuốc lá chưa? Nếu Có, vui lòng cho biết cụ thể: Bắt đầu hút thuốc từ khi nào? ..... Số lượng trung bình: .....điếu/ngày Lần cuối cùng hút thuốc từ khi nào? ..... Người được bảo hiểm đã từng hoặc đang sử dụng bất kỳ sản phẩm thuốc lá hoặc các chế phẩm nicotine như thuốc lá điếu, xì gà, thuốc lá nhai, kẹo cao su, miếng dán nicotine hay bất kỳ dạng thay thế nicotine nào khác trong vòng:  (a) 12 tháng qua không? Nếu Có, vui lòng cho biết cụ thể: <table><tr><td>Loại</td><td>Số lượng/tuần</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> (b) 2 năm qua không? Nếu Có, vui lòng cho biết cụ thể: <table><tr><td>Loại</td><td>Số lượng/tuần</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> (c) 5 năm qua không? Nếu Có, vui lòng cho biết cụ thể: <table><tr><td>Loại</td><td>Số lượng/tuần</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 19.2. Người được bảo hiểm đã bao giờ trong quá trình thăm khám/ điều trị hoặc trong hồ sơ y khoa từng được bác sĩ khuyên từ bỏ thuốc lá chưa? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết. ..... .....	Loại	Số lượng/tuần			Loại	Số lượng/tuần			Loại	Số lượng/tuần			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loại	Số lượng/tuần													
Loại	Số lượng/tuần													
Loại	Số lượng/tuần													
20. Sử dụng rượu bia, chất gây nghiện: 20.1. Rượu bia: (a) Người được bảo hiểm có đang sử dụng đồ uống có cồn không? Nếu Có, xin vui lòng cho biết chi tiết: Tên loại đồ uống: ..... Số lượng: .....ml/tuần Tần suất:      Hàng ngày <input type="checkbox"/> 1 đến 3 lần/tuần <input type="checkbox"/> 1 đến 4 lần/tháng <input type="checkbox"/> Ít hơn 1 lần mỗi tháng <input type="checkbox"/>  (b) Người được bảo hiểm đã từng bao giờ được khuyên nên giảm sử dụng chất có cồn như đã từng được nhận hoặc được tư vấn để tìm kiếm lời khuyên, tư vấn từ chuyên gia hoặc điều trị, hoặc tham gia vào bất kỳ chương trình phục hồi chức năng nào liên quan đến việc sử dụng chất có cồn chưa? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết. ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

<p>20.2. Chất gây nghiện:          Người được bảo hiểm đã bao giờ sử dụng bất kỳ loại chất cấm (bất hợp pháp) hoặc chất gây nghiện nào mà được khuyến cáo trong y học dưới dạng uống, tiêm chích, hít hoặc ở các dạng sử dụng khác chưa?          Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết?          .....          .....          .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>21. Người được bảo hiểm hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình có mắc bệnh di truyền nào không? Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết?          .....          .....          .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>22. Người được bảo hiểm đã bao giờ bị từ chối, tạm hoãn, loại trừ hay hạn chế bảo hiểm hoặc bị tăng phí bảo hiểm khi tham gia hoặc khôi phục bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm bệnh nan y, bảo hiểm tai nạn hay bảo hiểm y tế; hoặc đã nộp đơn yêu cầu bồi thường với bất kỳ một hợp đồng bảo hiểm nào chưa?</p> <p>Nếu Người được bảo hiểm đã từng nộp đơn yêu cầu bồi thường, vui lòng cho biết chi tiết: tên công ty, ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm, nguyên nhân và số tiền bồi thường.          Nếu Có, vui lòng cho biết chi tiết?          .....          .....          .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>23. Trong vòng 05 (năm) năm vừa qua, Người được bảo hiểm có bất kỳ dấu hiệu bệnh tật hoặc thương tật nào khác mà chưa được đề cập ở các nội dung trên không?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>24. Người được bảo hiểm có tham gia hoặc dự định sẽ tham gia các hoạt động thể thao hoặc các hoạt động giải trí có nguy cơ tai nạn cao (nhảy dù, lặn biển, bay cá nhân, leo núi, nhảy bungee,...) hoặc tham gia các hoạt động bay không phải với tư cách là hành khách có mua vé trên các chuyến bay thương mại có lịch trình bay cụ thể của hãng hàng không?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>25. Người được bảo hiểm sẽ thay đổi nghề nghiệp hoặc sẽ ra nước ngoài trong thời gian tới không?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>26. Câu hỏi dành cho Người được bảo hiểm tới 5 tuổi (bao gồm trẻ 5 tuổi):</p>		
<p>26a. Chiều cao – cân nặng:          Cân nặng lúc sinh: .....kg                      Chiều dài cơ thể lúc sinh: .....cm</p>		
<p>26b. Người được bảo hiểm có bị sinh non, có bị chấn thương, bị ngạt hay các bất thường khác lúc sinh không?                      <input type="checkbox"/> Có                      <input type="checkbox"/> Không</p>		
<p>26c. Người được bảo hiểm có chậm phát triển trí tuệ, tâm thần, vận động hay bại não, co giật, bệnh não do thiếu oxy, bệnh lý bẩm sinh, bệnh di truyền hoặc bất thường khác không?  <input type="checkbox"/> Có                      <input type="checkbox"/> Không</p>		
<p>26d. Trong quá trình mang thai, mẹ của Người được bảo hiểm có được bác sĩ yêu cầu chọc màng ối, xét nghiệm hội chứng Down Trisomy 21 hoặc xét nghiệm di truyền khác không?  <input type="checkbox"/> Có                      <input type="checkbox"/> Không</p>		
<p>27. Câu hỏi dành cho Người được bảo hiểm là Nữ:</p>	<p>Có</p>	<p>Không</p>

27a. Người được bảo hiểm đã bao giờ chảy máu âm đạo bất thường, bất thường dịch âm đạo, đau bụng dưới do bệnh lý tử cung, buồng trứng hay phần phụ khác; kinh nguyệt không đều, thưa kinh nguyệt, bệnh phụ khoa không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27b. Người được bảo hiểm đã bao giờ có những dấu hiệu hay triệu chứng bất thường ở vú hoặc đã từng phải đi khám, điều trị, trải qua phẫu thuật hay điều trị nào khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27c. Người được bảo hiểm có đang mang thai không?  Thời gian dự kiến sinh: ..... Trong thời gian mang thai Người được bảo hiểm đã bao giờ phải nằm viện hoặc trải qua phẫu thuật do thai nghén hoặc sinh con không? Người được bảo hiểm đã bao giờ có thai ngoài tử cung hay vô sinh không? (Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.Nếu NĐBH trả lời “Có” cho bất cứ câu hỏi sức khỏe nào từ câu 1 đến câu 12 và từ câu 23 đến câu 27, vui lòng cung cấp đầy đủ thông tin chi tiết, tình trạng, chẩn đoán, thời gian, kết quả điều trị và gửi kèm các giấy tờ y tế liên quan (nếu có):

Được chẩn đoán bệnh gì	Thời điểm, tên cơ sở y tế	Kết quả điều trị

Thông tin bổ sung khác:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C. THÔNG TIN KHÁC CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

Người được bảo hiểm bổ sung trong hợp đồng này đã hoặc đang tham gia hợp đồng bảo hiểm nhân thọ, sức khỏe, tai nạn của công ty bảo hiểm khác ngoài Mirae Asset Prévoir không?

☐ Có☐ Không

Nếu có, vui lòng cho biết thêm những thông tin mà Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm trong hợp đồng đã tham gia:

Tên công ty	Sản phẩm bảo hiểm	Số tiền bảo hiểm	Ngày hợp đồng BH có hiệu lực	Yêu cầu giải quyết quyền lợi bảo hiểm (nếu có)

D. CAM KẾT CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM BỔ SUNG

Phần cam kết ở Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm được áp dụng cho Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm bổ sung (nếu có). Tôi xác nhận đã đọc và hiểu rõ toàn bộ Phần Cam Kết được đề cập ở Giấy Yêu Cầu Bảo Hiểm.

<div>Chữ ký của Bên mua bảo hiểm (Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu công ty nếu là công ty)</div> <div>Ngày ký: ____/____/____</div>	<div>Chữ ký của Người được bảo hiểm bổ sung (Ký và ghi rõ họ tên)</div> <div>Ngày ký: ____/____/____</div>
--	--

Chấp thuận của Cha/Mẹ/Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm  
(nếu Người được bảo hiểm bổ sung dưới 18 tuổi và Bên mua bảo hiểm không phải là  
Cha/Mẹ/Người giám hộ hợp pháp của Người được bảo hiểm bổ sung)

**Tôi đồng ý để Bên mua bảo hiểm giao kết Hợp đồng bảo hiểm cho  
Người được bảo hiểm bổ sung nêu trên với các nội dung được nêu trong Giấy yêu cầu bảo  
hiểm bổ sung này**  
(Ký và ghi rõ họ tên)

Ngày ký: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_