

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM BỆNH HIỂM NGHÈO

A. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ và tên:	Ngày sinh:
Địa chỉ:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Email:	Điện thoại:

B. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên:	Ngày sinh:
Địa chỉ:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Email:	Điện thoại:
Số hộ chiếu/ CMND:	Nghề nghiệp:
Quốc tịch:	Chiều cao/ cân nặng:
Mối quan hệ với Người yêu cầu bảo hiểm:	

THÔNG TIN KÊ KHAI VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

1. Vui lòng kê khai đầy đủ các thông tin chi tiết theo các câu hỏi bên dưới:

Lịch sử tham gia bảo hiểm: trước đây, bạn đã bao giờ bị một công ty bảo hiểm từ chối, trì hoãn, hủy hợp đồng, hoặc chấp nhận bảo hiểm nhưng có điểm loại trừ riêng hoặc phí bảo hiểm phải đóng cao hơn phí tiêu chuẩn hoặc phải thay đổi quyền lợi hoặc đã tham gia chương trình bảo hiểm tương tự và được bồi thường?

2. Lịch sử bệnh tật :

(a) Bạn đã từng được chẩn đoán hoặc phải nhập viện hoặc được chỉ định điều trị hoặc đã nhận biết bất kỳ triệu chứng nào của các bệnh sau đây:

- Ung thư, u, u nang;
- Đột quỵ, đau tim;
- HIV/ AIDS/ bệnh lây nhiễm qua đường tình dục;
- Bệnh Alzheimer, Parkinson, rối loạn thần kinh vận động, rối loạn thần kinh;
- Đa xơ cứng hoặc liệt;
- Bất kì bệnh mãn tính, tiến triển hoặc rối loạn thận, phổi, gan, ruột, tủy xương hoặc tuyến giáp;
- Bất kì bệnh rối loạn hệ thống sinh sản (ví dụ rối loạn tuyến tiền liệt, nội mạc tử cung).

(b) Trong vòng 05 năm trước, Bạn đã từng được chẩn đoán hoặc phải nhập viện hoặc được chỉ định điều trị hoặc đã nhận biết bất kỳ triệu chứng nào của các bệnh sau đây:

- Tăng huyết áp kháng trị, tăng huyết áp không kiểm soát;
- Tiểu đường;
- Viêm gan (B và C);
- Chảy máu trong hệ thống tiết niệu hoặc bàng quang, bụng, rối loạn đường tiết niệu.

(c) Bạn hoặc bố mẹ, anh chị em của bạn (dù còn sống hay đã mất) có mắc phải các bệnh sau không?

- ☐ Ung thư (chỉ rõ loại bệnh và giai đoạn)
- ☐ Bệnh tim
- ☐ Đột quỵ
- ☐ Bệnh đái tháo đường
- ☐ Bệnh thận
- ☐ Rối loạn thần kinh vận động
- ☐ Đa xơ cứng

(d) Bạn đang hút thuốc lá không? Nếu có, vui lòng cung cấp số thuốc lá tiêu thụ (điếu)/ ngày?

(e) Bạn có sử dụng chất có cồn? Nếu có, vui lòng cung cấp số lượng tiêu thụ (ml)/ tuần?

(f) Bạn đã từng có kết quả bất thường khi làm kết quả xét nghiệm phết bào tử cung? (xét nghiệm Pap)

Nếu các câu trả lời là “**Có**”, vui lòng cung cấp thông tin cụ thể

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG

Họ và tên:	Ngày sinh:
Số hộ chiếu/ CMND:	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Email:	Điện thoại:
Số tài khoản:	Ngân hàng:

LƯU Ý VỀ VIỆC KÊ KHAI THÔNG TIN

Qua giấy này, tôi và người có tên ở trên đồng ý tham gia chương trình bảo hiểm nêu trên. Tôi cam kết với kiến thức và sự hiểu biết tốt nhất của tôi đảm bảo rằng những thông tin được đưa ra trong giấy này là đúng và đầy đủ. Tôi, thay mặt cho người được bảo hiểm nêu trên, xác nhận rằng chúng tôi hiểu rõ các điều khoản và điều kiện của chương trình bảo hiểm, bao gồm nhưng không giới hạn cho tất cả các quyền lợi và các điểm loại trừ. Tôi đồng ý các thông tin và những điều tôi khai báo trong giấy này sẽ là cơ sở để phát hành hợp đồng bảo hiểm.

Tôi đồng ý thông báo cho PTI ngay lập tức nếu có sự thay đổi về tình trạng sức khỏe và/ hoặc thông tin cá nhân trước ngày bắt đầu bảo hiểm.

Tôi đồng ý để PTI tìm kiếm thông tin y tế từ các bác sỹ đã có thời gian điều trị bệnh cho tôi và người có tên ở trên bao gồm bất kỳ bệnh tật ảnh hưởng đến thể chất và tinh thần, hoặc từ các công ty bảo hiểm đã chấp thuận Giấy yêu cầu bảo hiểm của tôi và người có tên ở trên. Tôi đại diện cho người có tên ở trên đồng ý cho việc cung cấp những thông tin trên.

Lưu ý: Thông tin mà Người được Bảo hiểm kê khai trong giấy yêu cầu này sẽ là cơ sở của việc phát hành hợp đồng bảo hiểm và sẽ là một phần cấu thành của hợp đồng. Thông tin kê khai phải được khai báo trung thực, chính xác và đầy đủ nếu không sẽ có thể ảnh hưởng đến quyền lợi bảo hiểm hoặc từ chối bồi thường sau này.

Người yêu cầu bảo hiểm

Ký và ghi rõ họ tên:

Ngày hiệu lực mong muốn:

Tư vấn viên

Ký và ghi rõ họ tên:

Đơn vị: