

## ĐƠN YÊU CẦU BẢO HIỂM TAI NẠN CÁ NHÂN

Tên Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Tên của Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Giới tính: \_\_\_\_\_ Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_

Hộ chiếu/ CMND: \_\_\_\_\_ Nước cấp: \_\_\_\_\_

Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

Tổng số tiền yêu cầu bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày hiệu lực: \_\_\_\_\_

Tên người thụ hưởng: \_\_\_\_\_ Quan hệ với Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

1. Anh/Chị có bất cứ Bảo hiểm tai nạn cá nhân khác không? Bảo hiểm nhân thọ? Nếu có, vui lòng cho biết tên công ty bảo hiểm và số tiền bảo hiểm.

2. Anh/Chị có đi du lịch không? Nếu có, vui lòng cho biết trung bình số chuyến đi mỗi năm và nơi thường tới.

3. Anh/Chị có chơi thể thao không? Lái xe mô tô? Di chuyển bằng máy bay nhưng không phải như hành khách thông thường? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết.

4. Anh/Chị có bất cứ khuyết điểm cơ thể, suy nhược cơ thể hay khuyết điểm về thị lực, thính giác, hay những bệnh mãn tính?

5. Anh/Chị có bị tai nạn nghiêm trọng nào trong vòng 5 năm qua mà đòi hỏi phải điều trị y tế?

6. Bảo hiểm Nhân thọ hay Tai nạn của anh/chị có bao giờ bị từ chối, hoãn hoặc chấp thuận với điều kiện đặc biệt; hoặc bất cứ công ty nào đã hủy, từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm hoặc chấp thuận với điều kiện đặc biệt?

7. Anh/Chị có bao giờ yêu cầu bồi thường cho Tai nạn cá nhân?

Dựa trên những thông tin trên, tôi/ chúng tôi nộp đơn yêu cầu bảo hiểm và cam kết rằng tất cả câu trả lời đều chính xác, đầy đủ và trung thực. Tôi/ Chúng tôi cam đoan là Người được bảo hiểm đang trong tình trạng sức khỏe tốt; Không có hoàn cảnh nào liên quan đến nghề nghiệp, hoạt động hoặc hành động làm tôi/ chúng tôi chịu trách nhiệm cho thương tích; tôi/ chúng tôi không có ý định tham gia vào hoạt động nguy hiểm và tôi/chúng tôi không che giấu bất kỳ thông tin gì mà đáng lý phải thông báo cho công ty bảo hiểm. Tôi/ Chúng tôi đồng ý đơn yêu cầu bảo hiểm này và cam đoan đây là hợp đồng giữa người yêu cầu bảo hiểm và **Pacific Cross Việt Nam**.

Chữ kí của Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_

Chữ kí của Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_ Ngày (ngày/ tháng/ năm): \_\_\_\_\_

Môi giới: \_\_\_\_\_