

**THÔNG TIN KHÁCH HÀNG**

**HỌ TÊN CHỦ HỢP ĐỒNG:** \_\_\_\_\_

Địa chỉ liên hệ: \_\_\_\_\_

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

**CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM**

**CHƯƠNG TRÌNH TOÀN MỸ**

- ☐ Cơ bản – 500.000.000 VND  
☐ Trung cấp – 1.000.000.000 VND  
☐ Cao cấp – 2.000.000.000 VND

**Lựa chọn quyền lợi Ngoại trú:** (Khách hàng có thể chọn bất kỳ chương trình nào)

- ☐ Cơ bản  
☐ Trung cấp  
☐ Cao cấp

**Quyền lợi lựa chọn:**

- ☐ Nha Khoa 1  
(5.000.000 VND/năm)  
☐ Nha Khoa 2  
(10.000.000 VND/năm)

**CHƯƠNG TRÌNH MASTER**

- ☐ M1+ – 5.000.000.000 VND  
**Các quyền lợi nâng cao:**  
☐ 1.000.000.000 VND Chi phí cho Bác sĩ phẫu thuật  
☐ M2 – 10.000.000.000 VND  
☐ M3 – 20.000.000.000 VND

**Quyền lợi lựa chọn:**

- ☐ Nha Khoa (20.000.000 VND/năm)  
☐ Tai nạn cá nhân; *đơn vị tính = 200.000.000 VND*  
*Mệnh giá từ 1 tỷ đồng đến 10 tỷ đồng*  
*Số tiền bảo hiểm:* \_\_\_\_\_  
☐ Nâng cao cuộc sống 1  
☐ Nâng cao cuộc sống 2

**Chiết khấu:**

- ☐ Giới hạn khu vực điều trị (chiết khấu 25%)  
☐ Loại trừ điều trị ngoại trú (chiết khấu 30%)  
☐ Miễn thường 50.000.000 VND cho quyền lợi nội trú (chiết khấu 20%)  
☐ Đồng thanh toán 20% (chiết khấu 25%)

**CHƯƠNG TRÌNH SENIOR**

- ☐ SM1 – 1.500.000.000 VND  
☐ SM2 – 2.000.000.000 VND  
☐ SM3 – 5.000.000.000 VND

**Quyền lợi lựa chọn:**

- ☐ Nha Khoa (20.000.000 VND/năm)  
☐ Tai nạn cá nhân; *đơn vị tính = 200.000.000 VND*  
*Mệnh giá từ 1 tỷ đồng đến 10 tỷ đồng*  
*Số tiền bảo hiểm:* \_\_\_\_\_

**Chiết khấu:**

- ☐ Giới hạn khu vực điều trị (chiết khấu 25%)  
☐ Loại trừ điều trị ngoại trú (chiết khấu 30%)  
☐ Đồng thanh toán 20% (chiết khấu 25%)

**CHIẾT KHẤU NHÓM**

- ☐ 3-4 Người được bảo hiểm: 5%  
☐ 5-10 Người được bảo hiểm: 10%  
☐ 11-20 Người được bảo hiểm: 15%  
☐ 21 Người được bảo hiểm: 20%

**THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM**

- ☐ Năm  
☐ Nửa năm (52% bảo phí năm)

**NGÀY HIỆU LỰC HỢP ĐỒNG**

(ngày/tháng/năm): \_\_\_\_\_

**HỌ TÊN NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM:** \_\_\_\_\_

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

Quan hệ với Chủ hợp đồng: \_\_\_\_\_

Chiều cao: \_\_\_\_\_ cm Cân nặng: \_\_\_\_\_ kg Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

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

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ Hút thuốc: ☐ Có ☐ Không

Hộ chiếu / CMND: \_\_\_\_\_ Nước cư trú: \_\_\_\_\_ Quốc tịch: \_\_\_\_\_

**THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG (chỉ đối với Quyền Lợi Tai Nạn Cá Nhân)**

Họ tên Người thụ hưởng: \_\_\_\_\_ Quan hệ với Người được bảo hiểm: \_\_\_\_\_

**BẢNG CÂU HỎI VỀ Y KHOA**

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây cho mỗi Người được bảo hiểm (mỗi người một bảng trả lời về y khoa). Nếu câu trả lời “CÓ”, vui lòng cho biết các chi tiết cần thiết bao gồm tên bệnh viện, tên bác sĩ khám chữa bệnh/bác sĩ phẫu thuật, địa chỉ và thông tin liên lạc nếu có. Bên cạnh đó, vui lòng cho biết chẩn đoán bệnh, phương pháp và ngày điều trị, tình trạng hiện tại và những thông tin liên quan cần thiết.

	CÓ	KHÔNG
1. a. Hiện tại anh/chị có được bảo hiểm dưới một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe nào khác không? (đính kèm bản sao hợp đồng bảo hiểm và bảng liệt kê quyền lợi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Có khi nào đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe hay nhân thọ của anh/chị bị từ chối, bị tăng phí, bị giới hạn quyền lợi hay bị hủy bỏ chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hiện tại anh/chị có đang nộp đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe, nhân thọ hay tai nạn với bất kỳ công ty khác không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anh/chị đã từng có những triệu chứng, hay được chẩn đoán hay điều trị cho bất kỳ các bệnh nào sau đây không? Nếu có, vui lòng khoanh tròn hay gạch dưới bệnh liên quan		
a. Khiếm khuyết về phát âm, liệt, mất thính giác, mất thị lực, khiếm khuyết thể chất, bệnh bẩm sinh hay mãn tính liên quan đến thị lực, thính giác hay khả năng ngôn ngữ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bệnh hô hấp hay dị ứng, hen suyễn, khí thũng, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, viêm phổi, hay viêm phế quản hay có vấn đề về hô hấp, hay các rối loạn của mắt, tai, mũi, hoặc họng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tâm thần, các rối loạn thần kinh, ngất xỉu, thoáng mất ý thức, các thay đổi tâm trạng, nghiện rượu hay ma túy, cơn co giật hoặc động kinh?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Huyết áp cao/thấp, tăng huyết áp, đau ngực, đau tim, đau thắt ngực, nhịp tim bất thường, vấn đề cholesterol, chóng mặt, rối loạn về tim hay hệ tuần hoàn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sỏi thận, bệnh hoa liễu hoặc các rối loạn của bàng quang, tuyến tiền liệt, thận hay đường sinh dục niệu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dạ dày, trào ngược dạ dày, chứng khó tiêu, loét dạ dày hay ruột, chảy máu đường ruột, thiếu máu, khối u trong ruột, viêm ruột kết, kích thích ruột hay viêm ruột, bệnh tiêu chảy liên tục hay tái phát, đau bụng, bệnh về túi mật, sỏi mật, trĩ, thoát vị, viêm gan, viêm tụy hoặc bất kỳ rối loạn dạ dày, gan, ruột?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bệnh gút, đau thần kinh tọa, đau cổ hoặc lưng, đau khớp hoặc thấp khớp, viêm khớp, bệnh về cơ bắp, bệnh khớp hay xương?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. HIV, AIDS, các phức hợp liên quan đến AIDS, hoặc bất kỳ dấu hiệu nào về rối loạn máu hoặc bệnh liên quan đến hệ miễn dịch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Da, nội tiết tố, bệnh liên quan đến tuyến hay tình trạng khác, bệnh tiểu đường?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Thương tích, ốm đau, bệnh tật, hoặc khuyết tật bẩm sinh hoặc các tình trạng khác chưa đề cập ở trên?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	CÓ	KHÔNG
3. Anh/Chị có đang dùng thuốc được đề nghị hay kê toa không? (vui lòng liệt kê)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		
Anh/Chị đang dùng:		
a. Insulin hay các loại thuốc hạ đường huyết khác	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Thuốc huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Các loại thuốc làm loãng máu (thuốc chống đông máu), thuốc chữa bệnh tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nitro-glycerine hoặc thuốc tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Thuốc hạ cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Thuốc Prednisone hoặc thuốc hô hấp (dạng hít, dạng phun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trong quá khứ, anh/chị có bao giờ nhập viện, trung tâm y tế, phòng khám, hay viện dưỡng nào không? Nếu có thì cho biết lí do gì, trong bao lâu và khi nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
5. Anh/Chị có bao giờ được khuyên nên làm bất cứ xét nghiệm hay thủ thuật nào mà không được đề cập trong đơn này không? Vui lòng cho biết chi tiết.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
6. Anh/Chị có bao giờ bị ung thư, khối u hay u nang hay được điều trị do nghi ngờ có ung thư hay khối u? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
7. Anh/Chị có bao giờ có vấn đề với tĩnh mạch của anh/chị? Với động mạch? Hoặc với dây thần kinh? Hoặc ở chân của anh/chị?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
8. Anh/Chị đã bao giờ bị đột quỵ? Một cơn đột quỵ nhỏ hoặc chóng mặt, mất ý thức trong 10 năm qua không? Nếu có, vui lòng cho biết chi tiết.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
9. Anh/Chị đã bao giờ phẫu thuật chưa? Nếu có thì vì lí do gì? Và khi nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
10. Cha mẹ, anh, chị em ruột (anh / chị / em) của anh/chị đã mất khi chưa đầy 60 năm tuổi? Nếu có, nguyên nhân của cái chết và ở tuổi nào?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
11. DÀNH CHO PHỤ NỮ:		
Trong 10 năm qua chị đã có bao giờ bị rối loạn nhũ, các bệnh về tử cung, buồng trứng, ống dẫn trứng, cổ tử cung, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn phụ khoa, bệnh do mang thai hoặc biến chứng của nó không? Nếu có vui lòng giải thích.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
<hr/>		

## 12. ĐỜI SỐNG:

- a. Anh/Chị có đang hút thuốc ống, xì gà hoặc thuốc lá, và với số lượng bao nhiêu mỗi ngày? \_\_\_\_\_
- b. Anh/Chị có bao giờ hút thuốc? Nếu có thì bao nhiêu năm? \_\_\_\_\_
- c. Anh/Chị bỏ thuốc khi nào? Thời gian: \_\_\_\_\_
- d. Trung bình một tuần anh/chị uống bao nhiêu rượu? \_\_\_\_\_
- e. Anh/Chị uống chủ yếu bia, rượu hay rượu cất? \_\_\_\_\_
- f. Anh/Chị có chơi thể thao nào không? Có tổ chức? \_\_\_\_\_
- g. Bao lâu một lần? Môn thể thao nào? \_\_\_\_\_
- h. Anh/Chị có phải trang bị dụng cụ? Nếu có, vui lòng cho biết loại nào? \_\_\_\_\_
- i. Anh/Chị có bị chấn thương do chơi thể thao không? Phần nào của cơ thể bị thương? Đã bị bao lâu rồi? Hình thức điều trị? \_\_\_\_\_

## 13. Anh/Chị muốn những tình trạng tồn tại trước của anh/chị được bảo hiểm (thông tin bổ sung sẽ được yêu cầu cung cấp).

Anh/Chị có thể dùng phần trống dưới đây để cung cấp thêm chi tiết cần thiết nếu có bất cứ câu trả lời “CÓ” nào bên trên.

---

---

---

---

---

---

---

---

CÓ KHÔNG

☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐

## CAM KẾT

Tất cả các khai báo trên là đúng sự thật và đầy đủ, và tôi hiểu rằng Công ty sẽ căn cứ vào chúng. Tôi cũng hiểu rằng phí bảo hiểm được đưa ra dựa trên quyền lợi bảo hiểm được lựa chọn, nếu không sẽ được Công ty hoặc Công ty quản lý được chỉ định thông báo dựa trên cơ sở của tôi và gia đình đang cư ngụ tại Việt Nam. Tôi ủy quyền cho bất kỳ bác sĩ có giấy phép hành nghề, nhân viên y tế, bệnh viện, phòng khám, hoặc cơ sở y tế hoặc y tế liên quan khác, công ty bảo hiểm hoặc tổ chức khác, cơ quan hay cá nhân nào có bất cứ hồ sơ hay hiểu biết về tình trạng sức khỏe của tôi, cung cấp cho Pacific Cross Việt Nam bất kỳ thông tin nào như vậy. Một bản sao của giấy ủy quyền này cũng có giá trị như bản gốc.

Chữ kí Người yêu cầu bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên Người yêu cầu bảo hiểm: \_\_\_\_\_ Môi giới: \_\_\_\_\_

Được cung cấp bởi: CÔNG TY CP BẢO HIỂM HÙNG VƯƠNG  
Được quản lý bởi: PACIFIC CROSS VIỆT NAM



**BẢO HIỂM  
HÙNG VƯƠNG**