



GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

Họ tên: Số CMND:
Ngày tháng năm sinh: Giới tính:
Địa chỉ:
Điện thoại cố định: Di động: Email:

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NĐBH)

STT	Họ tên NĐBH	Ngày tháng năm sinh	Giới tính	Số CMND/ Hộ chiếu	Nghề nghiệp	Mối quan hệ với người yêu cầu
1						
2						
3						
4						
5						

CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM LỰA CHỌN

Quyền lợi cơ bản

Chương trình A Chương trình B Chương trình C Chương trình D

Quyền lợi bổ sung

STT	Họ tên NĐBH	Bổ sung thai sản	Bổ sung nha khoa
1			
2			
3			
4			
5			

KÊ KHAI TRÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

1. Bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc bệnh bẩm sinh, khuyết tật hay thương tật nào không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình phải điều trị, nằm viện, hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác? Hoặc ở trong tình trạng cần phải điều trị trong bệnh viện trong vòng 12 tháng tới?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3. Trong 5 năm qua, bạn hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình mắc hoặc điều trị một hay nhiều trong các chứng bệnh sau: bệnh lao, tiểu đường, thấp khớp, viêm gan, rối loạn chức năng hô hấp, phổi	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

bệnh tim, giãn tĩnh mạch, rối loạn đường ruột, bệnh gan, mật, thận, hệ thống sinh dục tiết niệu hoặc các bệnh lây qua đường tình dục, ung thư hoặc u bướu, chứng thần kinh, tâm thần, xương, tủy khớp, dây chằng, cơ, da, chứng thoát vị hoặc bệnh phụ khoa?	
4. Bạn đã bao giờ bị một công ty bảo hiểm từ chối bảo hiểm hoặc từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Nếu câu hỏi nào ở trên được trả lời là **CÓ**, xin hãy nêu chi tiết:

.....
.....
.....

Tên và địa chỉ liên hệ của bác sĩ riêng (nếu có)

.....
.....

CAM KẾT CỦA NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM

1. Tôi cam đoan rằng hiện tại tôi hoàn toàn khỏe mạnh, không bị bệnh thần kinh, tâm thần, không trong thời gian điều trị thương tật hoặc bị thương tật vĩnh viễn từ 50% trở lên.
2. 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. Tôi đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này cùng với việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm sẽ làm cơ sở cho Hợp đồng bảo hiểm giữa tôi/chúng tôi và BIC và chấp nhận các điều kiện bảo hiểm quy định tại hợp đồng bảo hiểm. Tôi thừa nhận rằng, trong trường hợp có bất kỳ sai sót, không đúng sự thật nào trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này có thể làm mất hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm.

Ngày / /201...

NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM
(ký và ghi rõ họ tên)