TỔNG CÔNG TY BẢO HIỂM BIDV

Mẫu biểu MB01-2154/CV-PHH

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

(Giấy yêu cầu bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm/GCNBH)

I. THÔNG TIN VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM

Họ và tên: ..... Ngày tháng năm sinh: ...../...../.....

Điện thoại: .....

Số CMND (hoặc hộ chiếu): ..... Email: .....

Địa chỉ liên hệ: .....

II. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Họ và tên: ..... Ngày tháng năm sinh: ...../...../.....

Quan hệ với người BMBH: ..... Số CMND (hộ chiếu):

Nghề nghiệp: ..... Số CMND của trẻ em = "Số CMND của bố/mẹ"."con thứ mấy" .....

Giới tính: □ Nam □ Nữ Số Giấy Khai sinh :

Địa chỉ thường trú: .....

III. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM (Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm tử vong)

Họ và tên: ..... Số CMND (hộ chiếu): .....

Điện thoại: .....

Quan hệ với NĐBH: ..... Email: .....

Địa chỉ: .....

IV. LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM (TÍCH VÀO CHƯƠNG TRÌNH LỰA CHỌN)

☐ Tiêu chuẩn ☐ Cơ bản ☐ Đồng ☐ Bạc ☐ Vàng

☐ Bạch kim ☐ Kim cương

QUYỀN LỢI BỔ SUNG (lựa chọn 1 hoặc cả 2 quyền lợi bổ sung cùng quyền lợi với Chương trình chính)

☐ Bảo hiểm Nha Khoa ☐ Bảo hiểm Thai sản

THỜI HẠN BẢO HIỂM **Từ** ...../...../..... **đến** ...../...../.....

V. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ

1. Người được bảo hiểm hay bất kỳ thành viên nào trong gia đình của Người được bảo hiểm mắc bệnh bẩm sinh, khuyết tật hay thường tật nào không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

2. Trong 5 năm qua, Người được bảo hiểm có 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?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

3. Trong 5 năm qua, Người được bảo hiểm có mắc hoặc điều trị một hay nhiều triệu chứng các bệnh sau: bệnh lao, tiểu đường, viêm đa khớp mãn tính, viêm gan, loét dạ dày, loét ruột, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, , huyết áp, tim mạch, , đục nhân mắt, viêm xoang, ung thư hoặc u bướu, thoát vị đĩa đệm, chứng thần kinh, tâm thần và các bệnh khác không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu trả lời là "CÓ" cho bất kì câu hỏi nào từ mục 1 đến 3, vui lòng cung cấp thêm chi tiết:

Ngày điều trị	Chẩn đoán	Chi tiết điều trị	Kết quả	Tên, địa chỉ bác sĩ/bệnh viện
...../...../.....	.....	.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....	.....	.....

4. Người được bảo hiểm có tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe tại BIC hoặc tại Công ty bảo hiểm khác trong vòng 5 năm gần đây không?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin hợp đồng có hiệu lực gần nhất trong bảng sau:

Số Hợp đồng hoặc GCNBH	Công ty bảo hiểm	Ngày bắt đầu	Ngày hết hạn	Số tiền bảo hiểm
.....	.....	...../...../.....	...../...../.....	.....

5. Người được bảo hiểm đã từng yêu cầu bồi thường bảo hiểm y tế, tại nạn con người tại BIC chưa?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:

Ngày yêu cầu bồi thường	Công ty bảo hiểm	Mô tả ngắn gọn lý do yêu cầu bồi thường	Số tiền yêu cầu bồi thường
...../...../.....	.....	.....	.....
...../...../.....	.....	.....	.....

6. Người được bảo hiểm đã bao giờ bị một công ty bảo hiểm từ chối nhận bảo hiểm hoặc từ chối tái tục hợp đồng bảo hiểm sức khỏe hoặc được chấp nhận nhưng có các điều khoản bổ sung đặc biệt đi kèm chưa?

☐ CÓ ☐ KHÔNG

Nếu CÓ, vui lòng cung cấp thông tin trong bảng sau:

Công ty bảo hiểm	Bị khước từ nhận bảo hiểm	Chấp nhận bảo hiểm với điều khoản đặc biệt được áp dụng	Lý do điều chỉnh
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

7. Thông tin liên quan đến Covid-19

- Người được bảo hiểm đã từng bị nhiễm Covid-19 chưa?

☐ Đã bị nhiễm. Đã điều trị khỏi từ ngày …….. ☐ Chưa, theo hiểu biết của NĐBH

- Người được bảo hiểm đã được tiêm phòng Covid-19 hay chưa?

☐ Đã được tiêm ít nhất 2 mũi vaccine phòng Covid-19. Thời gian tiêm mũi cuối cùng vào ngày……

☐ Chưa được tiêm hoặc Đã tiêm nhưng chưa đủ 2 mũi.

Lưu ý: BIC chỉ nhận bảo hiểm BIC Tâm An cho Người được bảo hiểm: Đang không bị nhiễm dịch bệnh, không phải là đối tượng F1 theo quy định của Nhà nước về phòng chống dịch bệnh hiện hành; Và:

+ *Đã tiêm ít nhất 2 mũi vaccine phòng Covid-19, thời gian tiêm mũi cuối cùng tối thiểu qua 14 ngày và chưa quá 12 tháng tính đến ngày bắt đầu bảo hiểm, Hoặc*
+ *Từng bị nhiễm Covid-19 và đã khỏi bệnh. Thời gian điều trị khỏi bệnh chưa quá 12 tháng tính đến ngày bắt đầu bảo hiểm.*

Cam kết của Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm:

- Tôi và những Người được bảo hiểm:

+ Đồng ý cung cấp cho BIC Phiếu xác nhận tiêm chủng, hoặc ảnh chụp màn hình xác nhận thông tin tiêm chủng trên App Sổ sức khỏe điện tử hoặc Giấy xác nhận khỏi bệnh Covid-19 do cơ quan có thẩm quyền cấp (trường hợp đã được điều trị khỏi Covid) – trong trường hợp phát sinh các hồ sơ bồi thường liên quan đến Covid-19;

+ Đồng ý để cho Bác sỹ, bệnh viện hoặc các cơ sở y tế đã khám bệnh, điều trị, phẫu thuật hoặc tư vấn sức khỏe cho NĐBH được cung cấp cho BIC hoặc tổ chức, cá nhân do BIC chỉ định mọi thông tin liên quan đến sức khỏe của NĐBH, bao gồm nhưng không giới hạn các kết quả kiểm tra sức khỏe ngay cả khi NĐBH bị tử vong, thông tin về HIV/AIDS và các thông tin cần thiết khác để phục vụ cho việc quản lý hợp đồng, giải quyết quyền lợi bảo hiểm và/hoặc cho các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.

- Tôi và những Người được bảo hiểm cam đoan rằng tất cả những lời khai trên là đầy đủ và đúng sự thật, nếu không BIC có quyền từ chối một phần hoặc toàn bộ trách nhiệm bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này. Tôi đồng ý sẽ thông báo cho BIC về bất kỳ sự thay đổi nào và đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm sẽ là cơ sở của Hợp đồng giữa tôi và BIC. Tôi đã đọc và chấp nhận tất cả các điều khoản mà BIC quy định trong Quy tắc bảo hiểm và sẽ nộp phí bảo hiểm đúng quy định.

Bên mua bảo hiểm/Người được bảo hiểm cam kết đã đọc, hiểu và đồng ý với các nội dung trên GYCBH, Quy tắc bảo hiểm tai nạn và sức khỏe cá nhân hiện hành của BIC được đăng tải tại website www.bic.vn.

Phần dành riêng cho Đại lý bảo hiểm/Cán bộ khai thác

Chấp nhận bảo hiểm ☐ Từ chối nhận bảo hiểm ☐

Lý do: .....

.....

Đại lý/Cán bộ khai thác

(ký ghi rõ họ tên)

..... ngày .....tháng .....năm .....

Người yêu cầu/Người mua bảo hiểm

(ký và ghi rõ họ tên)

Người được bảo hiểm

(ký và ghi rõ họ tên)