



PHỤ LỤC 1 GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM SỨC KHỎE VÀ TAI NẠN CÁ NHÂN

THÔNG TIN VỀ BÊN MUA BẢO HIỂM (BMBH)

(Chỉ kê khai nếu Bên mua bảo hiểm không đồng thời là người được bảo hiểm)

Họ tên: Giới tính: Nam Nữ
CMND/Hộ chiếu số:..... Ngày cấp: Nơi cấp:
Ngày sinh: Nơi sinh: Quốc tịch:.....
Địa chỉ liên lạc :.....
Điện thoại cố định:..... Di động:..... Email:.....
Quan hệ với người được bảo hiểm:

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM (NDBH)

Họ tên: Giới tính: Nam Nữ
CMND/Hộ chiếu số:..... Ngày cấp: Nơi cấp:
Ngày sinh: Nơi sinh: Quốc tịch:.....
Địa chỉ liên lạc :.....
Điện thoại cố định:..... Di động:..... Email:.....

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

Quyền lợi thai sản Quyền lợi nha khoa

KÊ KHAI TRÌNH TRẠNG SỨC KHỎE

1. Bạn hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình hoặc người được bảo hiểm nào 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 người được bảo hiểm nào 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 hoặc người được bảo hiểm 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 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
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
5. Bạn đã hoặc đang tham gia hợp đồng bảo hiểm y tế tương tự tại BIC hoặc tại Công ty bảo hiểm khác?	<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)

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

THÔNG TIN VỀ NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO HIỂM (nếu có): Là cá nhân hoặc tổ chức có tên dưới đây được chỉ định bởi Người được bảo hiểm để nhận toàn bộ hoặc một phần tiền bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm này

Họ tên:Giới tính: Nam Nữ
CMND/Hộ chiếu số:Ngày cấp:Nơi cấp:
Ngày sinh: Nơi sinh:Quốc tịch:.....
Địa chỉ liên lạc :.....
Điện thoại cố định:.....Di động:..... Email:.....

CAM KẾT CỦA BÊN MUA BẢO HIỂM

- Tôi đã được tư vấn đầy đủ và nhận thức rõ các quyền lợi bảo hiểm, các loại trừ bảo hiểm, các khoản phí bảo hiểm và các quyền, nghĩa vụ có liên quan phát sinh theo quan hệ bảo hiểm; và tôi đồng ý với tất cả các điều kiện bảo hiểm, các điều khoản bảo hiểm của Hợp đồng bảo hiểm được giao kết trên cơ sở Giấy yêu cầu bảo hiểm này, bao gồm mọi thông tin có liên quan.
- Tôi xin cam đoan những nội dung kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này cũng như bất kỳ thông tin nào khác mà tôi cung cấp cho BIC hoặc tổ chức, cá nhân do BIC chỉ định là đầy đủ và đúng sự thật. Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin không đầy đủ hoặc không trung thực có thể làm mất hiệu lực của Hợp đồng bảo hiểm, và cam kết sẽ không có bất kỳ khiếu nại nào đối với BIC trong trường hợp đó.
- Tôi cam kết thực hiện thông báo với BIC nếu có thay đổi về tuổi của NĐBH trên Giấy tờ chứng minh nhân thân sau này. Tôi đồng ý và không có khiếu nại nếu việc tôi không thông báo sẽ ảnh hưởng đến cơ sở để NĐBH đủ điều kiện trong độ tuổi được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm, dẫn đến việc hợp đồng bảo hiểm của này bị mất hiệu lực.
- Tôi 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 cả các kết quả kiểm tra sức khỏe ngay cả sau khi NĐBH bị tử vong kể cả thông tin về HIV/AIDS để phục vụ cho việc quản lý hợp đồng và giải quyết quyền lợi bảo hiểm hoặc cho các trường hợp khác theo quy định của pháp luật.
- Tôi đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm này cùng với việc đóng đầy đủ phí bảo hiểm chậm nhất vào ngày hiệu lực 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.

....., ngày, ngày, ngày
Bên mua bảo hiểm Người được bảo hiểm Đại lý/Cán bộ khai thác
(Ký và ghi rõ họ tên) (Ký và ghi rõ họ tên) (Ký và ghi rõ họ tên)