Công ty TNHH Bảo hiểm Phi Nhân thọ Chubb Việt Nam
Tầng 18, Tòa nhà Vincom
45A Lý Tự Trọng, Phường Sài Gòn,
Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
Hotline: 1800 599 998
MST: 0304732887
www.chubb.com/vn-vn

HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi dưới đây bằng cách viết hoặc đánh dấu vào ☐ nơi tương ứng

☐ Hợp đồng mới ☐ Thay đổi ☐ Tái tục

Phần I – THÔNG TIN NHÓM

Bên mua bảo hiểm (*) _____	Ngành nghề kinh doanh _____	Số đăng ký kinh doanh _____
Số năm hoạt động kinh doanh _____	Địa chỉ liên hệ _____	
Số điện thoại _____	Địa chỉ email _____	Số fax _____
Thông tin xuất hóa đơn GTGT (bao gồm tên công ty, địa chỉ, mã số thuế, v.v...) _____		
Người liên hệ _____	Chức vụ _____	Số điện thoại _____

(*) Thông tin những *Bên Mua Bảo Hiểm khác (nếu* có*) được liệt kê tại Phụ lục của Giấy* yêu cầu bảo hiểm.

PHẦN II – CHI TIẾT BẢO HIỂM

Đối tượng bảo hiểm	☐ Người lao động/Nhân viên/ Thành viên của Tổ chức tài trợ	☐ Người lao động/Nhân viên/Thành viên tổ chức tài trợ và Người phụ thuộc của họ
Chương trình tham gia bảo hiểm (Nêu rõ, xem (*) Hướng dẫn lựa chọn Chương trình bảo hiểm như dưới đây): _____		

(*) CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

Chương trình bảo hiểm cơ bản

- H1 - Chương trình Điều trị Nội trú H1 – Classic
- H2 - Chương trình Điều trị Nội trú H2 – Executive
- H3 - Chương trình Điều trị Nội trú H3 – Premier

Bảo hiểm bổ sung tùy chọn

- Outpatient 1 - Điều trị Ngoại trú 110 triệu VND
- Outpatient 2 - Điều trị ngoại trú 110 triệu VND + Chăm sóc nha khoa
- Outpatient 3 - Điều trị Ngoại trú 110 triệu VND có áp dụng mức miễn thường (*)
- Outpatient 4 - Điều trị Ngoại trú 110 triệu VND có áp dụng mức miễn thường (*) + Chăm sóc nha khoa
- Outpatient 5 - Điều trị Ngoại trú 24 tỷ VND
- Outpatient 6 - Điều trị ngoại trú 24 tỷ VND + Chăm sóc nha khoa
- Outpatient 7 - Điều trị Ngoại trú 24 tỷ VND có áp dụng mức miễn thường (*)
- Outpatient 8 - Điều trị Ngoại trú 24 tỷ VND có áp dụng mức miễn thường (*) + Chăm sóc nha khoa

Phạm vi lãnh thổ

- Z1 - Vùng 1: Toàn cầu (Mức miễn thường 48.000.000 VND đối với mỗi Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật điều trị ở Mỹ và Canada)
- Z2 - Vùng 2: Việt Nam, Trung Quốc, Thái Lan, Đài Loan, Hàn Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Indonesia và Philippines.
- Z3 - Vùng 3: Toàn cầu
- Z4 - Vùng 4: Toàn cầu loại trừ Mỹ và Canada

(*) Mức miễn thường tiêu chuẩn đối với Điều trị ngoại trú là 690.000 VND/ Lần thăm khám

Công ty TNHH Bảo hiểm ("Công ty", "Công Ty Bảo Hiểm") sẽ không bảo hiểm và không có trách nhiệm thanh toán bồi thường cho bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc cung cấp các quyền lợi nào nếu như việc việc cung cấp bảo hiểm, thanh toán các yêu cầu bồi thường này hoặc cung cấp quyền lợi như vậy sẽ làm cho Công ty vi phạm bất kỳ quy định cấm vận, ngăn cấm, hoặc hạn chế theo các nghị quyết của Liên Hiệp Quốc hoặc các lệnh cấm vận kinh tế hay thương mại, luật pháp hoặc quy định của Liên Hiệp Châu Âu, Vương Quốc Anh hoặc Hiệp Chủng Quốc Hoa Kỳ, pháp luật Việt Nam.

Hướng dẫn chọn Chương trình bảo hiểm: H4, O2, Z3 có nghĩa là: Bạn chọn Chương trình điều trị Nội trú H3-Premier + Thai sản; Điều trị Ngoại trú + Chăm sóc Nha khoa; Phạm vi Toàn cầu.

Ngày hiệu lực yêu cầu	Từ _____	Đến _____
Phương thức thanh toán		
☐ Tiền mặt	☐ Séc	☐ Chuyển khoản
Lưu ý người chuyển tiền sẽ chịu phí chuyển tiền qua ngân hàng, đề nghị gửi giấy chuyển tiền qua fax hoặc email cho Công ty tham chiếu.		

PHẦN III – KHAI BÁO

Chúng tôi, cam đoan, cam kết và đồng ý rằng:

1. Những câu trả lời và thông tin của Người Được Bảo Hiểm mà Chúng tôi cung cấp cho Công Ty Bảo Hiểm là chính xác, đầy đủ và có thật từ mọi khía cạnh;
2. Những câu trả lời và thông tin của Người Được Bảo Hiểm mà Chúng tôi cung cấp cho Công Ty Bảo Hiểm là cơ sở của Hợp Đồng Bảo Hiểm giữa Chúng tôi và Công Ty Bảo Hiểm để bảo hiểm cho Người Được Bảo Hiểm;
3. Chúng tôi và Người Được Bảo Hiểm đã nhận được, đã đọc, đã hiểu, và xác nhận rằng Người Được Bảo Hiểm/Chúng tôi đã được Công Ty Bảo Hiểm tư vấn, giải thích và đồng ý với toàn bộ các điều khoản và điều kiện được quy định trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này và các tài liệu khác của Hợp Đồng Bảo Hiểm;

và

4. Công Ty Bảo Hiểm được quyền xử lý dữ liệu, có thể bao gồm cả dữ liệu cá nhân cơ bản và nhạy cảm, của Người Được Bảo Hiểm/Chúng tôi như sau:

   (i) Gọi/gửi các thông tin và giới thiệu về sản phẩm và dịch vụ của Công Ty Bảo Hiểm, cũng như các thông tin chăm sóc khách hàng khác, đến số điện thoại, thư điện tử và/hoặc địa chỉ liên lạc của Người Được Bảo Hiểm/Chúng tôi; và

   (ii) Gửi, lưu trữ và xử lý các thông tin liên quan đến Hợp Đồng Bảo Hiểm tại các bên thứ ba làm dịch vụ, xử lý, lưu trữ và/hoặc sao lưu dữ liệu cho Công Ty Bảo Hiểm.

Người Được Bảo Hiểm/Chúng tôi đã đọc kỹ, hiểu và đồng ý với chính sách bảo mật thông tin/quyền riêng tư của Công Ty Bảo Hiểm được đăng tải tại: https://www.chubb.com/vn-vn/footer/assurance-privacy-notice.html hoặc được truy cập bằng mã QR:

Chúng tôi xác nhận đã đọc kỹ, hiểu và đồng ý với Quy chế hoạt động cung cấp dịch vụ, sản phẩm bảo hiểm trên môi trường mạng được đăng tải tại: https://www.chubb.com/vn-vn/footer/assurance-regulations-governing-the-provision-of-insurance-services-and-products-online.html

ỦY QUYỀN CỦA NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM

Chúng tôi, với tư cách là Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) (như được định nghĩa trong bản Quy tắc Bảo Hiểm Sức Khỏe Chubb HealthCare), bằng văn bản này, xác nhận một cách không hủy ngang rằng Chúng tôi đã được Người Được Bảo Hiểm ủy quyền một cách hợp pháp để thay mặt và đại diện cho Người Được Bảo Hiểm:

1. Thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp Đồng Bảo Hiểm;
2. Chấm dứt Hợp Đồng Bảo Hiểm khi Người Được Bảo Hiểm không còn được xem là "Đang Làm Việc" cho Chúng tôi; và
3. Nhận khoản phí bảo hiểm còn lại (nếu có) sau khi Hợp Đồng Bảo Hiểm chấm dứt theo các quy định của Hợp Đồng Bảo Hiểm.

CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA

Chúng tôi đã có sự chấp thuận của Người Được Bảo Hiểm về việc cho phép các bác sỹ, nhân viên y tế của bệnh viện, phòng khám, phòng phục hồi sức khỏe, các cơ sở liên quan đến sức khỏe, nhà thuốc, cơ quan nhà nước, Công Ty Bảo Hiểm, bên mua bảo hiểm nhóm, nhà quản trị nhân viên hay quyền lợi có thông tin về chăm sóc y tế, tư vấn, điều trị, chẩn đoán của Người Được Bảo Hiểm về tình trạng cơ thể hay tâm thần, tình trạng tài chính và tình trạng công ăn việc làm để cung cấp thông tin cho Công Ty Bảo Hiểm.

_____
Ngày ký

_____
Chữ ký và Tên Bên mua bảo hiểm, Con dấu công ty

HealthCare – Giấy yêu cầu bảo hiểm – Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Trách nhiệm của Công ty sẽ không phát sinh cho đến khi Giấy yêu cầu bảo hiểm ngày được Công ty chấp thuận và khi Công ty đã giao kết Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực với Bên mua bảo hiểm.

<table>
<tr><td colspan="2">Trung gian bảo hiểm

_____</td><td>Mã số

_____</td></tr>
<tr><td>Điện thoại số

_____</td><td>Fax số

_____</td><td>Địa chỉ email

_____</td></tr>
<tr><td colspan="3">SỬ DỤNG CHO CÔNG TY BẢO HIỂM (Nhận xét của Phòng Nghiệp vụ và/hoặc Bác sĩ)

_____</td></tr>
</table>

Tên đầy đủ	Chức vụ	Ngày bắt đầu hợp đồng lao động/ Là thành viên của Tổ chức tài trợ (ngày/tháng/ năm)	Giới tính (Nam/Nữ)	Ngày sinh (ngày/tháng/ năm)	Số CMND/CC(CD)/Hộ chiếu	Nước thường trú	Quê quán (tên nước)	Chiều cao/ Cân nặng	Chương trình bảo hiểm (Nêu rõ, vui lòng xem (*) ở trên)