

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - 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	Tên của Người lao động/Nhân viên/ Thành viên của Tổ chức tài trợ	Ngày bắt đầu hợp đồng lao động/ Là thành viên của Tổ chức tài trợ
Địa chỉ liên hệ	Nghề nghiệp/Chức vụ công tác <i>Vui lòng mô tả ngắn gọn môi trường làm việc và công việc hàng ngày.</i>	
Số điện thoại	Địa chỉ email	

Vui lòng điền tên và chi tiết của Người lao động/Nhân viên/ Thành viên của Tổ chức tài trợ (Nhân viên) và những Người phụ thuộc có yêu cầu bảo hiểm.

Thông tin cá nhân	Nhân viên		Người phụ thuộc 1		Người phụ thuộc 2		Người phụ thuộc 3	
Tên đầy đủ								
Quan hệ với Bên mua bảo hiểm								
Giới tính	☐ Nam	☐ Nữ	☐ Nam	☐ Nữ	☐ Nam	☐ Nữ	☐ Nam	☐ Nữ
Ngày sinh (ngày/tháng/năm)								
Số CMND/CC(CD)/Hộ chiếu								
Nước thường trú (*)								

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Quê quán (Tên nước)				
Chiều cao/Cân nặng (cm/kg)				
Chương trình bảo hiểm lựa chọn				
Nghề nghiệp của người hôn phối (nếu có) Vui lòng mô tả ngắn gọn môi trường làm việc và công việc hàng ngày.				
<p>Những Người phụ thuộc phải có cùng chương trình bảo hiểm với Nhân viên, ngoại trừ phạm vi lãnh thổ. Đối với Người phụ thuộc là trẻ em độ tuổi từ 18 đến 23, vui lòng ghi rõ tên và địa chỉ của trường cao đẳng hoặc đại học và số giờ theo học, hồ sơ bổ sung có thể được yêu cầu.</p>				

(*) Nước thường trú

Đối với một người, là quốc gia mà người đó đang sinh sống tại thời điểm bắt đầu được bảo hiểm theo Hợp đồng bảo hiểm và được khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm.

Người nước ngoài cư trú tại Việt Nam theo thị thực du lịch không được xem là có Nước thường trú là Việt Nam.

(*) 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 Chung Quốc Hoa Kỳ, pháp luật Việt Nam.

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Hướng dẫn chọn Chương trình bảo hiểm: H1, O2, Z3 có nghĩa là: Bạn chọn Chương trình Điều trị nội trú - Classic, 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 II (A) – CÂU HỎI Y KHOA

Các câu hỏi dưới đây phải trả lời đối với Người Được Bảo Hiểm và Người phụ thuộc có tên trong Giấy yêu cầu bảo hiểm. Với câu hỏi đã được trả lời là "✓ CÓ" vui lòng cung cấp toàn bộ chi tiết tình trạng y khoa vào Phần II (B) dưới đây bao gồm cả tên, địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ, các chẩn đoán, các ngày điều trị, loại điều trị, tiền lượng bệnh, và quá trình điều trị hiện tại. Công ty bảo lưu quyền yêu cầu thông tin y khoa bổ sung.

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Nhân viên		Người phụ thuộc 1		Người phụ thuộc 2		Người phụ thuộc 3	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
1. Anh/Chị hay những Người phụ thuộc có bị thương tật vĩnh viễn (**) hay có bệnh bẩm sinh/dị tật, khuyết tật cơ thể không?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Anh/Chị hay những Người phụ thuộc đã có xét nghiệm dương tính, đã được chẩn đoán, hay đang được điều trị Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS), các Phức hợp liên quan đến AIDS (ARC), Hội chứng bạch huyết, Virus suy giảm miễn dịch người (HIV) hay bất kỳ Rối loạn về Hệ thống miễn dịch nào khác?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Trong 3 năm vừa qua, Anh/Chị hay những Người phụ thuộc được chẩn đoán, điều trị y tế hay tìm tư vấn hay được tư vấn yêu cầu xét nghiệm kiểm tra/điều trị/phẫu thuật hay kiểm tra tầm soát, hay có dấu hiệu, triệu chứng khởi phát đối với một trong các Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật sau đây:								
a. Bệnh tim, hệ tim mạch hay hệ tuần hoàn? Mạch máu, động mạch, huyết áp hay thiếu máu? Ví dụ: huyết áp cao/thấp, cơn đau thắt ngực/đau ngực, cơn đau tim hoặc suy tim, động mạch vành, thiếu máu, huyết khối tĩnh mạch sâu, giãn tĩnh mạch, đột quy, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Nhân viên		Người phụ thuộc 1		Người phụ thuộc 2		Người phụ thuộc 3	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
b. Các tình trạng/bệnh của não hoặc hệ thần kinh? Ví dụ: chứng đau nửa đầu, đau đầu kinh niên, đột quỵ/cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA), ngất, cơn động kinh hoặc động kinh, chứng đa xơ cứng, viêm màng não, viêm dây thần kinh, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. Tiểu đường, tuyến giáp, rối loạn chuyển hóa hoặc bất kỳ những rối loạn nội tiết nào khác? Ví dụ: suy giáp hoặc cường giáp, rối loạn mỡ máu, các vấn đề về tuyến yên hay tuyến thượng thận, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. Ung thư hoặc khối tăng sinh, các khối u, u bướu, u nang, Polyp, ung bướu hay phát triển dị thường với bất kỳ dạng nào? Ví dụ: khối tăng sinh lành tính hoặc u nang, u lympho, bất kỳ bệnh ung thư hoặc tình trạng tiền ung thư, ung thư biểu mô, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e. Gan và viêm gan, dạ dày, túi mật, tụy, ruột kết, ruột hay hệ tiêu hóa? Ví dụ: viêm dạ dày, bệnh trào ngược dạ dày thực quản (GERD), xơ gan, sỏi mật, viêm tụy, ruột kích thích, viêm đại tràng, bệnh trĩ, tiêu chảy dai dẳng, bệnh Crohn, loét tiêu hóa, đau bụng, xuất huyết đường tiêu hóa, tất cả loại thoát vị, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f. Thận, bàng quang, tuyến tiền liệt, cơ quan đường tiết niệu, niệu quản, niệu đạo hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD)? Ví dụ: các nhiễm trùng hoặc sỏi thận, viêm thận, suy thận, phì đại tiền liệt tuyến, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g. Hệ thống hô hấp, phổi, tai, mũi, họng? Ví dụ: viêm phổi, viêm phế quản, lao hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), giãn phế nang, thở hụt hơi, lệch vách ngăn mũi, các loại dị ứng đường hô hấp, nhiễm Vi rút Corona (bao gồm Covid-19), giảm/mất thính lực, viêm tai tái diễn, viêm amidan, viêm xoang, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Nhân viên		Người phụ thuộc 1		Người phụ thuộc 2		Người phụ thuộc 3	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
h. Các tình trạng tâm lý hoặc tâm thần, thần kinh, các rối loạn giấc ngủ, các vấn đề nghiện rượu và ma túy hoặc lạm dụng thuốc, chất kích thích? Ví dụ: Parkinson, Alzheimer, bệnh tự kỷ, não úng thủy, bại não, hội chứng liệt, tâm thần phân liệt, rối loạn nhân cách phân liệt, rối loạn hoang tưởng, rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ, thiếu năng trí tuệ, hội chứng Down, trầm cảm, lo âu, lo lắng, căng thẳng, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i. Cơ, xương, khớp? Ví dụ: đau cổ, lưng hoặc khớp, thoát vị đĩa đệm, đau dây thần kinh tọa, viêm khớp, thoái hóa cột sống, thoái hóa khớp gối, bệnh gút, thay khớp, gãy xương, các vấn đề về sụn hoặc dây chằng, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j. Cơ quan sinh sản bao gồm sự sinh đẻ, mang thai, các tình trạng của phụ khoa hoặc của vú? Ví dụ: kinh nguyệt không đều, u xơ, sa sinh dục, bệnh lạc nội mạc tử cung, xét nghiệm phiến đồ (Pap smear) bất thường, nhiễm virus HPV, các rối loạn của cổ tử cung, tử cung, buồng trứng hoặc vòi trứng, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
k. Các tình trạng/bệnh/rối loạn về da? Ví dụ: chàm, viêm da, phát ban, bệnh vẩy nến, hoặc các phản ứng dị ứng trên da, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
l. Các tình trạng/bệnh/rối loạn về mắt? Ví dụ: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, bong võng mạc, thoái hóa hoàng điểm, v.v...	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tại bất kỳ thời điểm nào trước khi ký giấy yêu cầu bảo hiểm này, Anh/Chị có bất kỳ Ốm đau/Bệnh tật/Thương tật nào khác, tổn thương, suy kém hay tình trạng bất thường dưới bất kỳ hình thức nào, chẩn đoán hay điều trị y tế hay đã tìm tư vấn hay đã được tư vấn yêu cầu xét nghiệm kiểm tra/điều trị/phẫu thuật hay kiểm tra tầm soát không được nêu trên?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Vui lòng trả lời mỗi câu hỏi bằng cách đánh dấu rõ ràng Có/Không vào ô tương ứng.	Nhân viên		Người phụ thuộc 1		Người phụ thuộc 2		Người phụ thuộc 3	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
5. Hiện tại hoặc trong vòng 21 ngày (tính đến thời điểm làm thủ tục xuất cảnh, nhập cảnh, quá cảnh), Anh/Chị có thấy xuất hiện dấu hiệu nào sau đây không: sốt, ho, khó thở, đau họng, nôn/buồn nôn, tiêu chảy, xuất huyết ngoài da, nổi ban ngoài da?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Anh/Chị hay những Người phụ thuộc đã từng thực hiện chuyển giới, đang trong quá trình chuyển giới, hoặc có kế hoạch chuyển giới trong vòng 5 năm tới đây?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Địa chỉ và số điện thoại của bác sĩ chăm sóc thường xuyên								
<hr/>								

(**) “Bị thương tật vĩnh viễn” có nghĩa là có tỷ lệ phần trăm tổn thương cơ thể hay tổn hại sức khỏe từ 50% trở lên theo quy định của pháp luật/ cơ quan quản lý nhà nước về y tế trong giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần (hoặc quy định khác tương tự được ban hành bởi hoặc cơ quan quản lý nhà nước về y tế).

PHẦN II (B) - CÂU HỎI Y KHOA

Phần này áp dụng nếu Anh/Chị đã trả lời “Có” trong Phần II (A). Vui lòng kê khai tất cả các tình trạng y khoa (hay các triệu chứng chưa được chẩn đoán) mà các câu trả lời này có ý định đề cập đến. Sử dụng cột 3 để liệt kê từng tình trạng riêng rẽ và cung cấp thêm thông tin chi tiết vào cột 4 đến 6.

Tên (1)	Ồ liên quan (2)	Tình trạng y khoa (3)	Điều trị và tình trạng phải điều trị (liệt kê với ngày) (4)	Nhu cầu điều trị hay tư vấn bổ sung (5)	Tình trạng sức khỏe hiện tại (6)

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Nếu không đủ chỗ kê khai, vui lòng sử dụng tờ giấy thêm riêng và nếu có khai thêm như vậy thì đề nghị đánh dấu vào ☐

PHẦN III – LỊCH SỬ BẢO HIỂM

Hiện tại Anh/Chị và những Người phụ thuộc có được bảo hiểm dưới một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ nào không (nếu CÓ, vui lòng cung cấp bản sao hợp đồng bảo hiểm và bảng liệt kê quyền lợi).

Anh/Chị và những người phụ thuộc đã từng có đơn yêu cầu bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ hay hợp đồng bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ nào bị từ chối, bị tăng phí, bị giới hạn quyền lợi hay bị hủy bỏ không? Nếu CÓ, vui lòng nêu rõ lý do.

Anh/Chị và những Người phụ thuộc đã từng có yêu cầu bồi thường bảo hiểm sức khỏe/tai nạn/nhân thọ nào không? Nếu CÓ, vui lòng cung cấp chi tiết.

PHẦN IV – KHAI BÁO

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

1. Những câu trả lời và thông tin mà Chúng tôi/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 mà Chúng tôi/Tôi cung cấp cho Công Ty Bảo Hiểm là cơ sở của Hợp đồng bảo hiểm giữa Chúng tôi/Tôi và Công Ty Bảo Hiểm;
3. Chúng tôi/Tôi đã nhận được, đã đọc, đã hiểu, và xác nhận rằng Chúng tôi/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 Chúng tôi/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 Chúng tôi/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.

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Chúng tôi/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:



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

1. Thanh toán phí bảo hiểm cho Hợp đồng bảo hiểm;
2. Chấm dứt Hợp đồng bảo hiểm khi Chúng tôi/Tôi không còn được xem là “Đang Làm Việc” cho Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) 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.

CHỨNG THỰC

Chúng tôi/Tôi chứng thực, tuyên bố và cam kết:

1. Rằng Chúng tôi/Tôi đã đọc các câu hỏi trên hay các câu hỏi này đã được đọc cho Chúng tôi/Tôi nghe và Chúng tôi/Tôi hiểu biết chúng,
2. Rằng các câu trả lời của Chúng tôi/Tôi là thật, chính xác, và đầy đủ ở mọi phương diện,
3. Rằng Chúng tôi/Tôi hiện có sức khỏe tốt, trừ các tình trạng sức khỏe và thông tin khác đã kê khai trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này, chưa có chẩn đoán, điều trị, và không có bệnh/tình trạng có sẵn mà Chúng tôi/Tôi thấy trước có thể cần điều trị trong tương lai hay Chúng tôi/Tôi có dự định yêu cầu bồi thường theo Hợp đồng bảo hiểm này.

CUNG CẤP THÔNG TIN Y KHOA

1. Chúng tôi/Tôi, bằng văn bản này, đồng ý một cách không hủy ngang rằng Chúng tôi/Tôi 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 Chúng tôi/Tôi 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.
2. BẢNG VIỆC ĐÁNH DẤU VÀO Ô TRỐNG BÊN DƯỚI, Chúng tôi/Tôi đồng ý một cách rõ ràng rằng bất kỳ hồ sơ hoặc sự hiểu biết về lịch sử và/hoặc thông tin tai nạn, sức khỏe và/hoặc y tế của Chúng tôi/Tôi, được thu thập hoặc nắm giữ bởi Công Ty Bảo Hiểm (dù được khai báo trong Giấy yêu cầu bảo hiểm này hay có được bằng cách khác) sẽ được sử dụng và/hoặc tiết lộ cho Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) hiện tại của Chúng tôi/Tôi, là tổ chức có tên sau đây, chỉ cho mục đích thương lượng giữa Công Ty Bảo Hiểm và Người Sử Dụng Lao Động (hoặc Tổ Chức Tài Trợ) hiện tại của Chúng tôi/Tôi liên quan đến Hợp đồng bảo hiểm mà theo đó Chúng tôi/Tôi được bảo hiểm.

☐ Tên của Bên mua bảo hiểm

HealthCare - Giấy yêu cầu bảo hiểm của Người lao động/Nhân viên/Thành viên của Tổ chức tài trợ - Hợp đồng bảo hiểm nhóm

Ngày ký

Chữ ký và Tên Người lao động/ Nhân viên/ Thành viên của Tổ chức tài trợ

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.

Trung gian bảo hiểm		Mã số
Điện thoại số	Fax số	Địa chỉ email
SỬ DỤNG CHO CÔNG TY BẢO HIỂM (Nhận xét của Phòng Nghiệp vụ và/hoặc Bác sĩ)		