|  |  |
| --- | --- |
| **GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM**  **BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KOALA CARE**  *(Giấy yêu cầu bảo hiểm là một phần không tách rời của Hợp đồng bảo hiểm)* | **Logo, company name  Description automatically generated** |

***Người tham gia bảo hiểm lưu ý:***

* *Vui lòng đọc kỹ các nội dung dưới đây và khai báo đầy đủ cho Bảo hiểm ATHENA toàn bộ những thông tin bạn biết liên quan đến quyết định chấp nhận hay không chấp nhận bảo hiểm của Bảo hiểm ATHENA. Thông tin trên Giấy YCBH phải do Người yêu cầu bảo hiểm/Người được bảo hiểm kê khai và ký xác nhận.*
* *Trường hợp Người yêu cầu bảo hiểm không thực hiện đầy đủ trách nhiệm khai báo mọi thông tin, Bảo hiểm ATHENA có quyền giảm trách nhiệm một phần hoặc toàn bộ đối với khiếu nại Hợp đồng này. Nếu việc không khai báo nhằm mục đích trục lợi bảo hiểm, Bảo hiểm ATHENA có quyền hủy/ vô hiệu hóa hợp đồng bảo hiểm ngay từ ngày bắt đầu có hiệu lực.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM** | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên | | | ............................................................................................... | | | Ngày tháng năm sinh | | ...................../...................../................................... | | | |
| Số CMND (hoặc hộ chiếu) | | | ............................................................................................... | | | Điện thoại  Email nhận GCN điện tử (\*) | | ..................................................................................  .................................................................................. | | | |
| Địa chỉ thường trú | | | .............................................................................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | |
| Địa chỉ nhận thư | | | .............................................................................................................................................................................................................................................. | | | | | | | | |
| **2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM** | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên | | | ........................................................................................ | | | Ngày tháng năm sinh | | | ................../.................../..................... | |
| Quan hệ với người YCBH  Nghề nghiệp | | | ........................................................................................ | | | Số CMND (hộ chiếu)  *Số định danh của trẻ em* | | | ............................................................... | |
| ....................................................................................... | | |
| Giới tính | | | ❑ Nam ❑ Nữ | | | | | | | |
| Địa chỉ thường trú | | | ....................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | |
| *Trong trường hợp nhiều người tham gia bảo hiểm, Người yêu cầu kê khai thông tin chi tiết theo Danh sách kèm.* | | | | | | | | | | | |
| **3. NỘI DUNG BẢO HIỂM** | | | | | | | | | | |
| Người yêu cầu lựa chọn hạng tham gia bảo hiểm | | | | | | | | | | |
| ❑ Hạng A1 | | ❑ Hạng A2 | | ❑ Hạng A3 | | | ❑ Hạng A4 | | | ❑ Hạng A5 |
| Lựa chọn quyền lợi bổ sung (nếu có) | ❑ Tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật  ❑ Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật  ❑ Chăm sóc nha khoa  *(Chỉ nhận bảo hiểm khi tham gia bảo hiểm điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật, tai nạn)*  ❑ Chăm sóc thai sản  ❑ Hỗ trợ nuôi dưỡng con | | | | | | | | | |
| THỜI HẠN BẢO HIỂM | Từ............../............../20.............. đến ............../............../20.............. | | | | | | | | | |
| **4. THÔNG TIN VỀ TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ** | | | | | | | | | | | |
| a) Người được bảo hiểm kê khai trên đã từng phải điều trị, nằm viện hay phẫu thuật trong một bệnh viện, viện điều dưỡng, phòng khám hoặc các tổ chức y tế khác trong vòng 3 năm gần đây không? | | | | | | | | | | | |
| ❑ CÓ | | | | | ❑ KHÔNG | | | | | | |
| b) Người được bảo hiểm có đang được theo dõi hoặc điều trị thương tật, bệnh hoặc có triệu chứng sức khỏe không ổn định hoặc cần phải điều trị bệnh viện trong vòng 12 tháng tới không? | | | | | | | | | | | |
| ❑ CÓ | | | | | ❑ KHÔNG | | | | | | |
| c) Trong 3 năm qua, Người được bảo hiểm có mắc hay điều trị một hay nhiều triệu chứng các bệnh sau: ung thư, u các loại, huyết áp, tim mạch, loét dạ dày, viêm đa khớp mãn tính, loét ruột, viêm gan, viêm màng trong dạ con, trĩ, sỏi trong các hệ thống tiết niệu và đường mật, lao, đục nhân mắt, viêm xoang, tiểu đường, thoát vị đĩa đệm hay các bệnh khác không? | | | | | | | | | | | |
| ❑ CÓ | | | | | ❑ KHÔNG | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nếu trả lời là “CÓ” cho bất kì câu hỏi nào từ (a) tới (c), xin cung cấp thêm chi tiết:** | | | | | | | | | | | | | | |
| Ngày điều trị | Chẩn đoán | | | | | | Chi tiết điều trị | | | Kết quả | | | Tên, địa chỉ bác sĩ/bệnh viện | |
| ............. / .......... /...............  ............. / .........../ .................  ............. / .........../............... | ..........................................................................................................  ..........................................................................................................  .......................................................................................................... | | | | | | ..............................................  .............................................  ............................................. | | | ................................  .................................  ................................... | | | ..........................................................  ..........................................................  .......................................................... | |
| d) Người được bảo hiểm hiện có đang tham gia hợp đồng bảo hiểm sức khỏe 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 |
| .......................................... | | ..................................................................................................... | | | | ........... / ......... / .............. | | | ........... / ......... / ............... | | | | | ............................................ |
| e) Người được bảo hiểm đã từng yêu cầu bồi thường bảo hiểm y tế, tai nạn con người tại Công ty bảo hiểm nào 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 |
| ............. / .........../ ...................  ............. / .........../ ................... | | ..............................................................................................  .............................................................................................. | | | | ..................................................................................  .................................................................................. | | | | | | | | .............................................  ............................................. |
| f) Người được bảo hiểm đã từng bị khước từ nhận bảo hiểm sức khỏe hoặc được chấp nhận nhưng với điều kiện áp dụng các điều khoản bổ sung đặc biệt khác 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 | | |
| ......................................................................................  ...................................................................................... | | | | ...................................................................................  ................................................................................... | | | | .....................................................................................  ..................................................................................... | | | | .............................................................  ............................................................. | | |
| **5. 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) | | | | | | ............................................................................. | | | |
| Quan hệ với NĐBH | | | ..................................................................................... | | Điện thoại Email | | | | | | .............................................................................  ............................................................................. | | | |
| Địa chỉ | | | ............................................................................................................................................................................................................................ | | | | | | | | | | | |
| **6. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH NHẬN TIỀN BẢO HIỂM**  **(Áp dụng trong trường hợp Người được bảo hiểm chỉ định người khác nhận thay tiền bồi thường)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Họ và tên | | | ..................................................................................... | | Số CMND (hộ chiếu) | | | | | | ............................................................................. | | | |
| Quan hệ với NĐBH | | | ..................................................................................... | | Điện thoại Email | | | | | | .............................................................................  ............................................................................. | | | |
| Địa chỉ | | | ............................................................................................................................................................................................................................ | | | | | | | | | | | |

***Cam kết của Người yêu cầu bảo hiểm***

*Tôi cam đoan rằng hiện tại tôi hoàn toàn khoẻ mạnh cả về thể chất và tinh thần. Tôi cam đoan rằng tất cả những lời khai trên là đúng, nếu không Bảo hiểm ATHENA 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 Bảo hiểm ATHENA về bất kỳ sự thay đổi và đồng ý rằng Giấy yêu cầu bảo hiểm sẽ là cơ sở của Hợp đồng giữa tôi và Bảo hiểm ATHENA. Tôi chấp nhận tất cả các điều khoản mà Bảo hiểm ATHENA quy định trong đơn bảo hiểm và sẽ nộp phí bảo hiểm đúng quy định.*

*………………………………, ngày ………… tháng ……... năm ……………………..*

# Người yêu cầu bảo hiểm

*(ký và ghi rõ họ tên)*

**DANH SÁCH THAM GIA BẢO HIỂM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Hạng tham gia** | **Lựa chọn QLBS (viết ký hiệu QLBS)** | **Giới tính** | **Ngày sinh** | **Số CMND/CCCD/ Số định danh** | **Quan hệ với Người YCBH** | **Nghề nghiệp** | **Địa chỉ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Ghi chú:***

QLBS1 - Tử vong, tàn tật toàn bộ vĩnh viễn do ốm đau, bệnh tật

QLBS2 - Điều trị ngoại trú do ốm đau, bệnh tật

QLBS3 - Chăm sóc nha khoa

QLBS4 - Chăm sóc thai sản

QLBS5 - Hỗ trợ nuôi dưỡng con