

GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE QUỐC TẾ PJICO

(Dành cho cá nhân và thành viên gia đình)

Lưu ý quan trọng:

- Anh/Chị phải khai báo đầy đủ và trung thực tất cả những gì anh/chị biết hoặc phải biết về rủi ro được áp dụng cho tất cả những người yêu cầu bảo hiểm (YCBH), nếu không, hợp đồng bảo hiểm được phát hành ở đây sẽ bị vô hiệu theo Luật Kinh doanh Bảo hiểm của nước CHXHCN Việt Nam và các văn bản sửa đổi bổ sung liên quan.
- Vui lòng thông báo cho chúng tôi ngay lập tức nếu có bất kỳ thành viên nào thay đổi Quốc gia cư trú chính**. Chúng tôi sẽ bảo lưu quyền điều chỉnh phí bảo hiểm hoặc không tiếp tục bảo hiểm.
- Vui lòng cung cấp một bản sao hộ chiếu hoặc chứng minh nhân dân (CMND) còn hiệu lực của người yêu cầu bảo hiểm/chủ hợp đồng bảo hiểm (HĐBH) và tất cả những người tham gia bảo hiểm.

PHẦN 1: THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ NGƯỜI YÊU CẦU BẢO HIỂM/ CHỦ HỢP ĐỒNG BẢO HIỂM

(Vui lòng thông báo cho chúng tôi nếu có bất kỳ thay đổi nào về địa chỉ và những thông tin chi tiết cá nhân)

Họ và tên:	
Giới tính:	Nam ☐ Nữ ☐
Ngày sinh: Ngày ____ tháng ____ năm ____	
Quốc gia cư trú chính**:	
Quốc tịch:	
Số hộ chiếu/CMND:	Tình trạng hôn nhân: Đã kết hôn ☐ Độc thân ☐
Nghề nghiệp:	
Ngành nghề:	
E-mail:	Di động:
Số điện thoại thay thế:	
Thành phố:	Tỉnh:
Mã bưu chính:	
Địa chỉ thường trú tại Việt Nam*:	
Địa chỉ liên lạc:	

*Nếu không điền địa chỉ liên lạc tất cả thư từ sẽ được gửi tới địa chỉ thường trú.

PHẦN 2 - THÔNG TIN VỀ THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH THAM GIA BẢO HIỂM

Số lượng thành viên trong gia đình tham gia bảo hiểm: ()

	Thành viên 1	Thành viên 2	Thành viên 3	Thành viên 4
Họ, tên đệm				
Tên chính				
Số hộ chiếu hoặc CMND				
Giới tính	Nam ☐ Nữ ☐	Nam ☐ Nữ ☐	Nam ☐ Nữ ☐	Nam ☐ Nữ ☐
Quan hệ với người YCBH/ Chủ HĐBH	Vợ/ ☐ Con ☐	Vợ/ ☐ Con ☐	Vợ/ ☐ Con ☐	Vợ/ ☐ Con ☐
Ngày sinh (ngày/ tháng/ năm)				
Quốc tịch				
Quốc gia cư trú chính**				
Nghề nghiệp				

(**) Đất nước mà người yêu cầu bảo hiểm sống hoặc có ý định sống từ 185 ngày trở lên và sẽ được lưu ở phần địa chỉ, nơi cư trú trong hồ sơ của chúng tôi.

PHẦN 3: LỰA CHỌN CHƯƠNG TRÌNH BẢO HIỂM

Khi chọn một chương trình bảo hiểm gia đình, các thành viên trong gia đình sẽ được bảo hiểm theo cùng chương trình bảo hiểm với người yêu cầu bảo hiểm/chủ hợp đồng bảo hiểm.

Chương trình: A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ☐ D1 ☐ D2 ☐

PHẦN 4: NGÀY BẮT ĐẦU BẢO HIỂM

Ngày bắt đầu bảo hiểm là ngày nộp đơn yêu cầu bảo hiểm với đầy đủ thông tin và đồng ý với các điều khoản mà chúng tôi đưa ra. Nếu anh/chị muốn ngày bắt đầu bảo hiểm của mình xảy ra sau ngày nộp đơn, vui lòng điền vào mẫu bên dưới. Ngày này sẽ không sau quá 14 ngày kể từ ngày điền đầy đủ thông tin vào mẫu này. Chúng tôi sẽ không lùi ngày được bảo hiểm trong bất cứ trường hợp nào.

Ngày mong muốn bắt đầu bảo hiểm: Ngày _____ tháng _____ năm _____

PHẦN 5: BẢO HIỂM SỨC KHOẺ/BẢO HIỂM KHÁC MÀ BẠN ĐÃ TỪNG THAM GIA (Dành cho người tham gia bảo hiểm)

5.1. Anh/Chị đang có bảo hiểm sức khỏe hoặc trước đó đã có bảo hiểm sức khỏe với bất kỳ công ty bảo hiểm nào chưa? Có ☐ Không ☐

5.2. Anh/Chị đã từng làm đơn yêu cầu công ty bảo hiểm trả tiền bảo hiểm do nguyên nhân ốm đau hay chấn thương hay chưa? Có ☐ Không ☐

5.3. Anh/Chị đã từng có đơn yêu cầu, khôi phục hoặc tái tục bảo hiểm sức khỏe, bảo hiểm bệnh đặc biệt, bảo hiểm nhân thọ hoặc bảo hiểm thương tật mà bị trì hoãn, bị từ chối, bị hủy bỏ hoặc chấp nhận với điều kiện đặc biệt bởi một công ty bảo hiểm hay không? Có ☐ Không ☐

Nếu câu trả lời cho câu hỏi 5.1, 5.2 và 5.3 là “Có”, anh/chị vui lòng cung cấp chi tiết bên dưới (Bao gồm tên của công ty bảo hiểm, tên chương trình hoặc kế hoạch bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm và số hợp đồng, nếu có)

PHẦN 6: BẢNG CÂU HỎI Y KHOA (BẢO MẬT) (Dành cho người tham gia bảo hiểm)

Người YCBH/Chủ HĐBH	Thành viên gia đình 1	Thành viên gia đình 2	Thành viên gia đình 3	Thành viên gia đình 4
Chiều cao (m)				
Cân nặng (kg)				

Câu hỏi y tế

Vui lòng hoàn thiện tất cả các câu hỏi cho tất cả những người yêu cầu bảo hiểm. Nếu bất kỳ câu trả lời nào là “Có”, vui lòng cung cấp chi tiết trong phần 7.

6.1. Trung bình, anh/chị có/từng hút xì gà hoặc thuốc lá từ 30 điếu/ngày trở lên không?	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
---	---	---	---	---	---

6.2. Trung bình, anh/chị có/từng uống hơn 15 đơn vị đồ uống có cồn 1 tuần không, 1 đơn vị = 1 vại bia (355ml)/1 cốc rượu vang (125ml)/1 chén rượu mạnh (30ml)?	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
--	---	---	---	---	---

6.3. Anh/Chị đã bao giờ được chẩn đoán hoặc đã bao giờ có điều trị hoặc được thông báo là bị mắc các bệnh (bất kể là có được bác sỹ tư vấn hay không) liên quan tới những bệnh sau đây chưa?

a) Tiểu đường, suy thận;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
b) Cơ thiếu máu thoáng qua, đột quy, hôn mê;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
c) Rối loạn tự miễn như lupus ban đỏ hệ thống (SLE), viêm khớp dạng thấp, bệnh đa xơ cứng;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
d) Cao huyết áp, tăng cholesterol, đau tim, bệnh tim thối, đánh trống ngực, tim to, nhịp tim bất thường hoặc bất kì bệnh nào liên quan tới tim hoặc van tim hoặc mạch máu;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
e) Ung thư, u não, bất kỳ hình thức nào của u nang, u hoặc sự tăng trưởng của bất kì loại nào;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
f) Rối loạn tuyến giáp; ghép tạng ví dụ thận, tủy xương, giác mạc;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
g) Hen suyễn, viêm phế quản, viêm phổi hoặc bất kỳ bệnh về đường hô hấp hoặc phổi khác;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐

h) Nghiện thuốc hoặc nghiện rượu hoặc lạm dụng thuốc;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
i) Viêm dạ dày, loét dạ dày tá tràng, viêm dạ dày - thực quản trào ngược, ợ nóng, bệnh Crohn (viêm bên trong đường ruột), viêm loét đại tràng;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
j) Bị động kinh, ngất, tê liệt hoặc yếu chân tay, chấn thương đầu hoặc não hoặc hệ thống thần kinh;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
k) Trầm cảm, lo âu, suy nhược thần kinh, hoặc bất kỳ dạng rối loạn tâm thần hay tâm lý nào;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
l) Viêm khớp, bệnh gút, trượt đĩa đệm, thoái hóa đốt sống cổ, viêm xương khớp, loãng xương hoặc đau/thương tích cho các cơ bắp, các chi, khớp, cột sống, cổ;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
m) Thiếu máu, bệnh thiếu máu vùng biển (bệnh thalassaemia), đông máu, giãn tĩnh mạch hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu hoặc bất kỳ rối loạn khác của máu;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
n) Viêm gan B (bao gồm cả viêm gan B ở người lành mang bệnh) hoặc viêm gan C, gan nhiễm mỡ, xơ gan, suy gan, sỏi mật hoặc bất kỳ rối loạn khác của gan hoặc túi mật;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
o) Sỏi thận, viêm thận, nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát - tức là hơn 3 lần mỗi năm; hoặc bất kỳ rối loạn khác của thận, bàng quang, tuyến tiền liệt;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
p) Bệnh vẩy nến, eczema hoặc bất kỳ rối loạn khác của da;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
q) Chảy mủ tai, viêm tai giữa, viêm amidan, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, bong võng mạc, viêm xoang, viêm mũi hoặc bất kỳ rối loạn của mắt, tai, mũi, họng;	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
r) Bất thường bẩm sinh, hoặc giải phẫu hoặc chức năng, sinh non, chậm phát triển (cho dù hành vi hay tâm lý);	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐

s) Đối với phụ nữ tham gia bảo hiểm

Chị có bao giờ có kết quả bất thường về xét nghiệm pap smear/chụp nhũ/ siêu âm, khối u vú, bệnh loạn sản vú lành tính, buồng sởi tuyến, u nang vú, u nang buồng trứng, lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung, cắt bỏ tử cung, polyp tử cung/nội mạc tử cung hoặc bất kỳ rối loạn khác của vú hoặc hệ thống sinh sản của nữ giới?

Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
---	---	---	---	---

6.4. Trong vòng 5 năm qua, anh/chị đã bao giờ gặp phải các ốm đau hay thương tật không được liệt kê ở trên hay không?

Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
---	---	---	---	---

6.5. Trong vòng 12 tháng tới, anh/chị có bất kì dự định thăm khám nào với một bác sĩ hoặc chuyên gia y tế cho những lần tái khám hoặc khám chuyên khoa hay không?
(Loại trừ chích ngừa)

Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐	Có ☐ Không ☐
---	---	---	---	---

PHẦN 7: THÔNG TIN BỔ SUNG

Nếu anh/chị đã trả lời “Có” cho bất kì câu hỏi nào trong Phần 6: BẢNG CÂU HỎI Y KHOA (BẢO MẬT), vui lòng cho chúng tôi biết thêm thông tin vào bảng dưới đây. Anh/Chị vui lòng viết vào một trang riêng nếu không còn đủ chỗ trống.

Số thứ tự câu hỏi	Tên người tham gia bảo hiểm	Loại bệnh tật, khuyết tật, xét nghiệm chẩn đoán. Kết luận và hướng điều trị	Ngày xảy ra rủi ro (ngày/tháng/năm)	Thời gian điều trị	Có cần điều trị tăng cường, chuyên sâu không? Nếu có, vui lòng cung cấp thêm chi tiết	Kết quả của việc điều trị? (Ví dụ: vẫn tiếp tục theo dõi, vẫn còn tiếp tục xem xét, bác sĩ đồng ý cho xuất viện, không yêu cầu theo dõi, v.v.)

PHẦN 8: THÔNG TIN VỀ BÁC SỸ THƯỜNG XUYÊN THĂM KHÁM TRONG VÒNG 5 NĂM

Tên bác sỹ: _____

Tên phòng khám/bệnh viện: _____

Địa chỉ: _____

Số điện thoại: _____ Số fax: _____ E-mail: _____

PHẦN 9: PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN PHÍ BẢO HIỂM HÀNG NĂM

Vui lòng chọn một trong những lựa chọn sau:

Thông qua một thẻ tín dụng:

Số thẻ: _____

Loại thẻ: Visa ☐ Master Card ☐ American Express ☐ Ngày hết hạn: _____
(tháng/năm)

(tháng/năm)

Thông qua chuyển khoản:

Thanh toán qua sổ séc: _____ Số séc: _____

Số tiền: _____ cho PJICO. Ngân hàng phát hành: _____

PHẦN 10: CHỮ KÝ VÀ TUYÊN BỐ

1. Tôi/Chúng tôi sau đây nộp giấy yêu cầu bảo hiểm theo hợp đồng Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế của Tổng Công ty bảo hiểm Petrolimex (PJICO).

2. Tôi/Chúng tôi sau đây tuyên bố rằng trong mức độ hiểu biết và sự tin tưởng của tôi/chúng tôi, những khai báo và câu trả lời được đưa ra ở trong mẫu đơn là chính xác, hoàn chỉnh và rằng tôi/chúng tôi không giấu diếm bất kỳ thông tin quan trọng nào liên quan tới việc đánh giá và chấp nhận giấy yêu cầu này của PJICO. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng bất kỳ sự khai báo sai nào, dù là vô tình hay cố ý sẽ là căn cứ để PJICO từ chối chi trả bất kỳ quyền lợi nào theo hợp đồng bảo hiểm này, cũng như vô hiệu hợp đồng này. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng giấy yêu cầu này, cùng với bất kỳ khai báo kèm theo nào được tôi/chúng tôi ký sẽ được coi như là một phần của tuyên bố này, sẽ là cơ sở của hợp đồng bảo hiểm.

3. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng nếu tình trạng sức khỏe của bất kỳ người tham gia bảo hiểm nào đề cập tới ở trên thay đổi sau khi mẫu này được ký và trước khi PJICO phát hành hợp đồng, tôi/chúng tôi sẽ ngay lập tức thông báo với PJICO về sự thay đổi đó, nếu không, PJICO bảo lưu quyền vô hiệu hợp đồng này.

4. Tôi/Chúng tôi đã đọc kỹ những điều khoản và điều kiện của hợp đồng Bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Quốc tế PJICO. Tôi/Chúng tôi đồng ý chấp nhận những điều khoản, điều kiện, loại trừ và giới hạn được nêu trong hợp đồng bảo hiểm.

5. Tôi/Chúng tôi hiểu và đồng ý rằng PJICO có quyền chấp nhận hoặc từ chối giấy yêu cầu này. Nếu PJICO chấp nhận giấy yêu cầu của tôi/chúng tôi, tôi/chúng tôi đồng ý để PJICO phát hành các tài liệu hợp đồng theo đúng thủ tục.

6. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng giấy yêu cầu của tôi/chúng tôi cho PJICO sẽ chỉ có hiệu lực sau khi phí bảo hiểm năm được đóng đầy đủ và có sự chấp thuận của PJICO cho giấy yêu cầu bảo hiểm này.

7. Tôi/Chúng tôi cũng đồng ý rằng trong trường hợp có bất kỳ yêu cầu đòi bồi thường, tôi/chúng tôi uỷ quyền cho một bệnh viện, bác sĩ hoặc người đại diện cho chúng tôi hoặc giám sát chúng tôi hoặc được uỷ quyền lưu trữ các tài liệu y tế, được tiết lộ thông tin, khi được PJICO yêu cầu, về bất kỳ hoặc tất cả thông tin về ốm đau hoặc thương tổn, tình trạng y tế hoặc điều trị. Bản sao giấy uỷ quyền sẽ được công nhận là có hiệu lực và giá trị như bản gốc.

8. Tôi/Chúng tôi cũng hiểu rằng thẻ bảo hiểm được phát hành cho hợp đồng này sẽ chỉ được sử dụng cho mục đích nhập viện điều trị trong phạm vi điều khoản và điều kiện của hợp đồng. Trong trường hợp có chi phí phát sinh không được bảo hiểm theo đơn bảo hiểm này vì bất kỳ lý do gì, tôi/chúng tôi sẽ cam kết thanh toán cho PJICO trong vòng 30 ngày kể từ ngày ghi trên hoá đơn cho tất cả các chi phí không được bảo hiểm theo hợp đồng. Tôi/Chúng tôi cũng đồng ý trả lại thẻ bảo hiểm theo yêu cầu của PJICO hoặc do huỷ hợp đồng hoặc giảm bớt người được bảo hiểm.

9. Tôi/Chúng tôi hiểu rằng PJICO bảo lưu quyền yêu cầu để tôi/chúng tôi cung cấp một bản sao báo cáo y tế mới nhất nếu những thông tin y tế chuyên sâu là cần thiết, và chi phí để có được báo cáo này sẽ do tôi/chúng tôi chịu.

10. Tôi/Chúng tôi xác nhận rằng quốc gia cư trú chính của tôi/chúng tôi được nêu chính xác trong phần 1 và phần 2 của mẫu đơn này. Tôi/chúng tôi hiểu và đồng ý thông báo cho PJICO ngay lập tức nếu có bất kỳ thành viên nào thay đổi quốc gia cư trú chính và PJICO bảo lưu quyền xem xét lại phí bảo hiểm hoặc từ chối tiếp tục bảo hiểm.

**Người nộp đơn/chủ hợp đồng bảo hiểm đại diện người
yêu cầu bảo hiểm (Ký và ghi rõ họ tên)**

Chữ ký: _____

Họ và tên: _____

Ngày tháng năm

PHẦN 11: THÔNG TIN VỀ TRUNG GIAN BẢO HIỂM

Tên của trung gian bảo hiểm:

Tên công ty (nếu có):

SĐT cố định: _____ SĐT di động: _____ E-mail: _____